

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor Sociální pracovník
(kombinace):

KVALITA ŽIVOTA V DOMOVĚ PRO SENIORY

THE QUALITY OF LIFE AT HOME FOR THE ELDERLY

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-3005

Autor:

Magdaléna BÍLKOVÁ (BOBKOVÁ)

Podpis:

.....

Adresa:

Žitná 11

466 01, Jablonec nad Nisou

Vedoucí práce: doc. Ing. Jiří Vacek, CSc.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
68	10	4	13	25	7+CD

V Liberci dne: 15. dubna 2010

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 15. dubna 2010

Magdaléna Bílková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce panu Vackovi za laskavé vedení, za poskytnutí cenných rad a připomínek.

Děkuji též celé mé rodině za jejich trpělivost a podporu.

Název bakalářské práce: Kvalita života v domově pro seniory

Název bakalářské práce: The Quality of Life at Home for the Elderly

Jméno a příjmení autora: Magdaléna Bílková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009/2010

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Jiří Vacek, CSc.

Resume:

Bakalářská práce se zabývala problematikou kvality života ve stáří. Jejím cílem bylo zjistit kvalitu života seniorů v Domově důchodců Jablonecké Paseky. Poznat subjektivní vnímání kvality života klientů v zařízení a objektivní podmínky péče.

Práce byla rozdělena na dvě hlavní oblasti. V teoretické části bylo pomocí odborné literatury definováno vývojové období života – stáří se svými klady i zápory. Nejdůležitější kapitolou bylo vymezení pojmu kvality života. K pochopení významu tohoto pojmu byly uvedeny názory více odborníků. Práce se zabývala životními potřebami starého člověka a specifiky péče v sociálních službách, která se řídí Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb.

Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku Světové zdravotnické organizace názory 40 klientů domova pro seniory na jejich kvalitu života. Použita byla také obsahová analýza interních dokumentů zařízení. Výsledky ukazovaly na úroveň spokojenosti klientů v oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Vyústěly v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti služeb zařízení. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zjištění aktuálních potřeb klientů a tomu přizpůsobit poskytovanou sociální péči.

Klíčová slova:

Stáří, senior, kvalita života, zdraví, životní události, životní domény, objektivní metody měření kvality života, subjektivní metody měření kvality života, gerontologie, geriatrie, životní potřeby, uspokojování potřeb, sociální služby, standardy kvality, domov pro seniory, klient, prožívání, sociální vztahy, prostředí.

Summary:

This Bachelor thesis is dealing with the subject of life and its quality among senior population. The main aim is to find out the quality of life of seniors living in „Jablonec Paseky“ retirement home. Furthermore there is an effort to find out subjective perception of life in retirement home considering objective care conditions. The work is divided into two main areas. There is a theoretical part which defines evolutionary stages of old life, including its negatives and positives according to the source of professional literature. The most important chapter defines the term Life quality. The work includes ideas of many professionals in order to understand the meaning of this term. My final work is picturing old people's life necessities and specifies social care service which is based on act number 108/2006 Code of law that includes social care norms. Practical part contains findings based on World Health Organisation questionnaire which was filled by 40 clients of above mentioned retirement home. I also made use of this institution's inside document analysis. The results pointed out various standards of satisfaction as to physical health, living conditions, social relations and home surroundings. Concrete arrangements were based on the findings. The best contribution of this work is considered to be up-to-date survey that shows client requirements and their needs.

Keywords:

Old age, senior, the life quality. health, life events, domain of life, objective measuring methods of life quality, gerontology, geriatrics, necessities of life, needs satiation, social services, the quality norm, retirement home, client, living through, social relation, surroundings.

Resume:

Meine Bakkalareusarbeit(Bachelorarbeit)beschäftigt sich mit der Lebensqualitätsproblematik im Alter. Ihr Ziel ist die Lebensqualität der Senioren im Altersheim in Jablonecké Paseky festzustellen und auch die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität der Klienten in der Einrichtung und die objektiven Bedingungen der Pflege kennenzulernen.

Die Arbeit wurde in zwei Hauptbereiche aufgeteilt. Im theoretischen Teil wurde die Entwicklungsperiode des Lebens mit der Fachliteraturhilfe (das Alter mit seinen Vorteilen und Nachteilen) definiert.Das wichtigste Kapitel begrenzte einen Lebensqualitätsbegriff. Damit man die Bedeutung dieses Begriffs versteht, muss man sich mit Meinungen mehrerer Fachmänner kennen lernen. Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Lebensbedarf der alten Menschen und auch mit der spezifischen Pflege im Sozialdienst, die nach dem Gesetz Nr.108/2006 der Gesetzsammlung von Sozialdiensten und Standarts der Qualität in den Socialdiensten gerichtet ist.

Im praktischen Teil der Arbeit stellten wir, mit der Hilfe eines Fragebogens der Weltgesundheitsorganisation, die Meinung von 40 Altersheimsklienten von ihrer Lebensqualität fest. Dazu wurde auch eine Inhaltsanalyse der innerlichen Dokumente dieser Institution ausgenutzt. Die Ergebnisse zeigten das Niveau der Klientenzufriedenheit in diesen Gebieten: psychische Gesundheit,Erlebnisse, Sozialbeziehungen und soziales Milieu.

Die Ergebnisse führten auch zu konkreten Vorschlägen der Verfügungen im Dienstgebiet dieser Institution.

Der grösste Beitrag meiner Arbeit finde ich, ansichsts der gelösten Problematik, in der Feststellung der aktuellen Bedürfnisse der Klienten des Alterheims und in der Möglichkeit dieser Sache die Sozialpflege anzugleichen.

Schlüsselwörter:

Das Alter, der Senior, die Lebensqualität, die Gesundheit, Lebensereignisse, Lebensdomänen, objektive Methoden der Lebensqualitätmessung, subjektive Methoden der Lebensqualitätmessung, die Gerontologie, die Geriatrie, Lebensbedürfnisse, die Befriedigung der Bedürfnisse, Sozialdienste, Qalitätsstandarts, das Altersheim, der Klient, das Erlebnis, Sozialbeziehungen, das Milieu.

Obsah

1	Úvod	7
2	Teoretické zpracování problému	9
2.1	Změny ve stáří	9
2.2	Rizika seniorské populace	12
2.3	Zdravé stárnutí	13
2.4	Fenomén kvality života a zdraví	14
2.4.1	Názory na kvalitu života a zdraví	15
2.4.2	Měření kvality života	22
2.5	Péče o starého člověka	25
2.6	Životní potřeby seniorů	26
2.6.1	Uspokojování potřeb	28
2.7	Kvalita života seniorů v sociálních službách	29
2.7.1	Zákon o sociálních službách	30
2.7.2	Standardy kvality sociálních služeb	31
2.8	Shrnutí teoretické části	32
3	Praktická část	33
3.1	Cíl praktické části	33
3.1.1	Stanovení předpokladů	33
3.2	Použité metody	34
3.2.1	Dotazník	34
3.2.2	Studium spisové dokumentace	39
3.3	Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	47
3.4	Výsledky a jejich interpretace	50
3.4.1	Ověření stanovených předpokladů	58
4	Závěr	61
5	Navrhovaná opatření	64
6	Seznam použitých zdrojů	66
7	Seznam příloh	68

1 Úvod

Bakalářská práce se zabývá významnou etapou života člověka – stářím a jeho vlivem na kvalitu života. Stále více lidí se dožívá vysokého věku, stoupá počet osob ve věku nad 80 let. Jarošová uvádí některé údaje z projektového vývoje populace (2006, s.19):

V roce 2030 bude v naší populaci 23-25 % osob starších 65 let.
V roce 2050 by měly osoby nad 65 let věku představovat 33 % populace.
Věková skupina 70-79 let vzroste do roku 2030 ve srovnání s rokem 2000 asi o 50 %, skupina osob ve věku 80-89 let o 226 %.

Stáří je pro mladé lidi něco, co se jich zatím netýká, je mimo jejich zájem. Později v dospělosti si již uvědomujeme svůj věk a začínáme mít ze stáří obavy. Vytváří u nás představu konce života, kde nás již nic zajímavého nečeká. Stáří máme spojené s nemocemi a omezenými možnostmi. V současné moderní době převažují materiální potřeby nad duchovními. Mladí lidé jsou přesyceni informacemi a nemají zájem o celoživotní zkušenosti seniorů. Objevil se nový termín ageismus – diskriminace na základě věku. Vznikly mýty o stáří, že stáří je nemoc a představuje ekonomickou zátěž pro společnost. Stáří však může mít mnoho podob. Je nutné přehodnotit názor, že stáří je konec života. Řada seniorů si udržuje své fyzické, psychické i společenské aktivity. Mnozí jsou však závislí na péči své rodiny, zdravotní či sociální instituce.

Nejideálnější je, pokud lze stárnout v kruhu rodiny. Pro členy rodiny je to velmi podnětné a tento výchovný model si fixují do budoucna i děti. Mladí čerpají ze zkušeností starších a vracejí jim to, co od nich dostávali během dětství a dospívání.

Senior i rodinní příslušníci mohou využívat systém home care. Home care je definována jako domácí odborná zdravotní péče, kterou zajišťují geriatrické sestry. Výhodou je domácí prostředí, které napomáhá uzdravení. Tato péče sice snižuje náklady na zdravotní péči, ale není levná. Často nepokryje celodenní potřebu péče a dohledu. Problémem je i omezené místní zabezpečení - služba poskytuje pomoc ve větších městech, ale do vzdálených vesniček již nejezdí.

Významnou pomocí pro pečující o seniory s pohybovými problémy je možnost okamžitého zapůjčení např. polohovací postele, chodítka, toaletní židle pevné i mobilní, mechanického a elektrického vozíku, antidekubitní matrace, nástavce na WC atd. Služba zahrnuje i pomoc při výběru vhodné kompenzační a rehabilitační pomůcky a informace, jak pomůcku správně používat.

Sociální služby, které umožňují seniorům se zhoršeným zdravotním stavem zůstat v domácím prostředí co nejdéle a neměnit jejich sociální vazby, jsou terénní pečovatelská služba a osobní asistence. Zahrnují pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Nestátní a neziskové organizace, občanská a církevní sdružení se snaží o rozvoj terénní a domácí péče.

Současná společnost se při poskytování sociální a zdravotní péče učí přistupovat k potřebám osob vyššího věku. Problémem je kvalitní rehabilitace, která by umožnila seniorům návrat do domácího prostředí a nedostatek kapacity v sociálních zařízeních.

Občasná péče o starého člověka většinou nepůsobí rodinám potíže. Náročnější je dlouhodobá, nebo trvalá péče. Překážky jsou četné: rodiny bydlí často v malých bytech, vysoká zaměstnanost žen střední generace, ekonomické důvody atd. Při nejlepší vůli není často pro staré rodiče čas ani místo. Není to sobectví, ale realita. Domácí péči znemožňuje také bariérové řešení bytů, které ztěžuje seniorovi pohyb po bytě i ven. To je jeden z velkých problémů, které uvádějí zájemci o místo v domově pro seniory.

Je tedy na místě, že staří lidé, kteří ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domovů pro seniory či podobných zařízení. Tam by měli najít nový bezpečný domov, kde budou spokojeně žít.

Trvalá ústavní péče má mít doplňkový charakter. Spokojenost klientů v zařízení závisí na kvalitní sociální a zdravotní péči. Starat se o člověka nepředstavuje jen péči o jeho zdraví, nespočívá jen v odborné technické pomoci. Péče by měla vést k vytvoření vztahu a udržení kvalitního života.

Práci lékařů, sester či sociálních pracovníků můžeme zařadit do kategorie tzv. pomáhajících profesí. Při výkonu profese jde o pomoc v náročné životní situaci, o podporu prospěchu, zdraví a pohody druhého člověka. Klíčovými slovy kvalitního života jsou vztahy, aktivita, přiměřené zdraví a uspokojené potřeby.

Cílem bakalářské práce je zjistit úroveň kvality života klientů v Domově důchodců Jablonecké Paseky.

Teoretická část obsahuje popis změn ve stáří. Jaká rizika stáří přináší a jak jim úspěšně předcházet. Důležitou kapitolou je teoretické pojetí pojmu kvalita života a přístupů k této problematice. Každý si pod tím představuje něco jiného. Pro objasnění uvádím názory řady odborníků na tuto problematiku a možnosti měření kvality života. Stáří ovlivňuje kvalitu

života, přináší s sebou nemoci a různá omezení. Základem pro kvalitní život je individuální péče a uspokojování specifických potřeb seniorů. Kvalitu života seniorů ve zdravotnických i sociálních institucích garantuje Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a Standardy kvality sociálních služeb.

Praktická část obsahuje porovnávání subjektivních pocitů klientů, kteří žijí v domově pro seniory s objektivními podmínkami života, které domov nabízí.

Ke zjištění vnímání kvality vlastního života, zdraví a ostatních životních oblastí důležitých pro člověka je použit dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF.

Praktickým přínosem bakalářské práce je zjištění konkrétních problémů klientů domova pro seniory, které poslouží jako podnět pro nápravu a vytvoření nových opatření v péči, která budou vycházet z přání a potřeb klientů.

2 Teoretické zpracování problému

2.1 Změny ve stáří

Jarošová uvádí několik **definic stáří** od různých autorů (2006, s.7-9):

„Jde o pochod, který obecně vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů a jeho zakončení je přirozená smrt.“

„Stáří je přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku.“

„Stáří bývá vnímáno jako finanční dluh, zátěž, závazek.“

„Stáří v sobě nese pečeť období předcházejícího a do značné míry odpovídá stylu života, který člověk žil zejména ve fázi dospělosti.“

I mezi antickým filozofy nacházíme řadu zajímavých myšlenek. Platon chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek. (Mühlpachr, 2004, s.8)

Pro staré lidi je velmi těžké a bolestné, že panuje nesoulad mezi jejich vnitřním prožíváním a tím, jak se na ně ostatní lidé dívají zvnějšku a jaký si o nich vytvářejí obrázek. Ostatní lidé by si měli uvědomit, že stářím člověk neztrácí svoji lidskou důstojnost.

Rozdíly mezi kalendářním a biologickým věkem mohou být velmi značné. **Kalendářní věk** se řídí datem narození. **Biologický věk** je těžko hodnotitelný a nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Jak se říká: každý je stár, jak se cítí.

Stáří je výsledkem celé lidské ontogeneze. Nelze je vytrhnout z kontextu života a hodnotit odděleně. Každá vývojová etapa člověka je ovlivněna tou předcházející a každá současně ovlivňuje tu následující. (Haškovcová, 1990, s.108)

Vyšší věk přináší změnu psychomotorického tempa, která se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi. Dle Klevetové (2008, s.24) to může znamenat: „že máme jít životem pomaleji, více se dívat kolem sebe a užívat si krás okolního světa.“

Kalendářní věk stárnutí a stáří (Světová zdravotnická organizace): (Pacovský, 1994, s.13)

45-59 let: střední věk

60-74 let: vyšší věk, starší věk, rané stáří, mladí staří

75-89 let: stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sénium, opravdu staří

90 let a výše: dlouhověkost

Podle E.H. Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosažení integrity v pojetí vlastního života. Důležité je, aby starý člověk hodnotil svůj život pozitivně a mohl přijmout i jeho konec. To zahrnuje také přijetí vlastní nedokonalosti. (Vágnerová, 2007, s.299)

Starý člověk se při hledání smyslu života vrací ke svým kořenům.

- **Biologické stárnutí**

Proces biologického stárnutí je determinován genetickými dispozicemi, životním stylem a probíhá individuálně u každého jedince. (Jarošová, 2006, s.21)

Stárnutí je individuální a asynchronní – jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. (Mühlpachr, 2004, s.23)

Pacovský (1994, s. 23) uvádí tyto změny:

- „Zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. Omezení rezerv. Snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím.
- Změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity (včetně imunity protinádorové) a zvýšená tvorba autoprotilátek.
- Snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních působků, včetně hormonů. Změněná citlivost receptorů.
- Zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, chuť, čich, hmat).
- Úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly.
- Úbytek kostní hmoty.

- *Involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů. Změna struktury obvykle předchází změně funkce.*
- *Snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a omezená schopnost jeho regulace.*
- *Omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů.*“

Podle epidemiologických studií trpí téměř 90% osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami. Obvyklé je sdružování nemocí – polymorbidita, buď bez kauzální souvislosti, nebo jedna choroba vyvolává druhou. (Topinková, 2005, s.8)

• **Psychické stárnutí**

Stáří je typické zachovalou dlouhodobou pamětí a zhoršenou pamětí krátkodobou. Mechanická paměť zůstává zachována až do vysokého věku, i když se celková kapacita paměti snižuje. Dochází k poklesu výkonnosti, obecně platí tendence od rychlosti k přesnosti v provádění aktivit.

Tvaroh (1983, s.110) ve své knize říká, že „*starý člověk spřádá myšlenky pomaleji. Myslet a uvažovat je pro něho těžší než dříve. Avšak kvalita myšlení nebývá do vysokého věku porušena. Starší člověk myslí sice pomaleji, zato myslí a jedná rozvážněji. Kvalita myšlení závisí také na tom, jak bohatý a kvalitní byl jeho duševní život od mládí, jaké znalosti a zkušenosti si uchoval.*“

Typickým projevem stáří je emoční labilita, senioři mají větší potřebu projevů náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění okolí. (Jarošová, 2006, s.27)

Klesá intenzita a frekvence emočních prožitků, mění se pocit životní pohody. Pozitivní emoce jsou závislé na situacích, ve kterých se člověk nachází. Jsou to často situace poznamenané ztrátami a zátěžemi, proto pocit životní pohody klesá. (Vágnerová, 2007, s.411)

Staří lidé mají vysokou potřebu udržení spolehlivých a jistých citových vazeb. Je to zdroj bezpečí a jistoty.

Oslabení smyslů má za následek to, že centrální nervová soustava je zásobována stále menším počtem zpráv, které jsou také méně přesně rozlišovány. Tím se ochuzuje duševní život. (Tvaroh, 1983, s.121)

Snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje strach a úzkost, přináší nejistotu. Senior je ostražitý a nedůvěřivý. Přibývá duševních onemocnění, vyskytují se neurózy, paranoidity, deprese, suicidální tendence a nárůst demencí.

- **Sociální stárnutí**

Mühlpachr (2004, s.19) uvádí, že „sociální stárí je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“ Při odchodu z aktivního života pomáhají individuální životní zkušenosti. (Pacovský, 1994, s.24)

V průběhu stárí narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny a tím se snižují požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování. Změna životní situace, např. nutnost odejít do nějaké instituce pro seniory naopak vyžaduje osvojení si nových způsobů chování. Jde především o přijetí pasivní a submisivní role člověka závislého na ostatních. Je často zahrnován nadbytečnou péčí bez možnosti uplatnit svůj vlastní názor. (Vágnerová, 2007, s.350)

Kvalitní stárí je podmíněno schopností přizpůsobit se změnám. Senior se ocitá v sociální izolaci, ztrácí svou identitu. To negativně ovlivňuje účast seniora na společenském životě.

2.2 Rizika seniorské populace

„Říká se, že stárí je smutné nikoliv proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje.“ (Jedlička, 1991, s.16)

- „Ekonomické zbídačování znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti.
- Věková diskriminace, ageismus.
- Segregace, nedobrovolný život vně společnosti.
- Generační intolerance (pracovní příležitosti, bydlení).
- Předsudky (přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stárí).
- Podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží.
- Maloadaptace na stárí a s ním spojenou změnu sociálních rolí.
- Osamělost.
- Zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikace.
- Vyšší nemocnost, zvýšené riziko ztráty soběstačnosti.
- Pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže.
- Manipulování, ztráta rozhodovacích možností.
- Zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.“ (Mühlpachr, 2004, s.9)

Častým problémem je porucha osobní pohody. Pocit, že nejsou dostatečně uspokojovány osobní potřeby. Příčinami bývá chronická bolest, poruchy spánku, problémy s vyprazdňováním, závratě, strach z pádů. Člověk má strach ze ztráty soběstačnosti

a vznikající závislosti. Smířit se s vlastní bezmocí je těžké.

Sociální citění bývá sníženo, jakoby vymazáno. Starý člověk se někdy chová nekorektně, jindy doslova porušuje společenská pravidla. (Haškovcová, 1990, s.105)

2.3 Zdravé stárnutí

Správný přístup ke stáří dle Pichauda (1998, s.25): „*realismus, který není rezignací, a optimismus, který není iluzí.*“

Mühlpachr (2004, s.34) říká, že „*stav organismu ve stáří (zdravotní i funkční) je dán několika okruhy faktorů, z nichž některé jsou významně ovlivnitelné:*

- *zákonitá biologická involuce*
- *chorobné stavy*
- *životní způsob (aktivita či pasivita)*
- *životní podmínky*
- *subjektivní hodnocení a prožívání.*“

Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno. Ztráta soběstačnosti není nezbytným důsledkem stárnutí. Stáří může být i šťastnou etapou života. Důležitá je prevence závislosti. Zlepšování zdravotního a funkčního stavu vede ke zkvalitňování života ve stáří. (Mühlpachr, 2004, s.16)

Rady k zamyšlení (Klevetová, 2008, s.35):

- *„Smířte se s nedokonalostí.*
- *Nekažte si život kvůli maličkostem.*
- *Naučte se žít v přítomnosti.*
- *Staňte se trpělivějšími.*
- *Zeptejte se sami sebe: bude na tomhle záležet ještě za rok?*
- *Vytvořte si svoje vlastní rituály.*
- *Bud'te vděční, když se cítíte dobře, a s nadhledem přijímejte situace, kdy vám není právě nejlépe.*
- *Když něco děláte, dělejte jen jednu věc.*
- *Myslete na to, co máte, a ne na to, co byste chtěli mít.*
- *Naučte se zahánět negativní myšlenky.*
- *Naplňte svůj život láskou.*“

Haškovcová (1990, s.253) říká: „*je lepší být trochu nemocen a šťasten než zcela zdravý a nešťasten.*“

Na blížící se konec života se nesmíme dívat příliš tragicky. Je pravda, že čas hrozně utíká. Čím jsme starší, tím rychleji se nám zdá ubíhat. Podle Tvaroha (1998, s.113) je to dáno částečně matematickou úměrností. Mezi pětiletým a šestiletým dítětem je podle úměry stejný poměr jako mezi člověkem padesátiletým a šedesátiletým.

2.4 Fenomén kvality života a zdraví

Odborníci z celého světa a v různých vědních disciplínách se zabývají otázkou kvality života a zdraví. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

Stručné a jasné definice „kvality života“ a „zdraví“ uvádí Světová zdravotnická organizace (WHO, 2006):

- *„kvalita života je to, jak člověk vnímá svoje postavení v životě, a to v kontextu kulturního a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a zájmům. Jde o rozsáhlý koncept, multifaktoriálně ovlivněný fyzickým zdravím jedince, jeho psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k důležitým oblastem jeho životního prostředí*
- *zdraví je fyzické, psychické a sociální blaho a nikoliv nepřítomnost choroby či poruchy.“*

Všechny pokusy o definování zdraví mají společné:

1. *„Zdraví chápou jako podstatně důležitý moment s ohledem na uskutečňování životních cílů.*
2. *Zdraví vidí jako dynamický jev, který se pohybuje v obou směrech od kladného pólu (dobrého zdraví) k zápornému pólu (nemoc).*
3. *Dobré zdraví chápou jako mimořádně vysokou a obecně velice žádoucí životní hodnotu.*
4. *Zdraví chápou v podstatně širším zorném úhlu než jen jako zdravé (normální) fungování lidského těla (berou v úvahu i psychické, sociální a duchovní dimenze zdraví).*
5. *Vidí úzký vztah mezi kvalitou života a zdravím.*
6. *Kladou důraz na osobní odpovědnost člověka za jeho vlastní zdravotní stav.*

7. *Nevidí problém zdraví jen jako individuální otázku, ale zaměřují pozornost i na jeho komunitní, ekologickou a politickou podmíněnost.*“ (Křivohlavý, 2003, s. 39)

Optimální stav zdraví a kvalita života závisí na uspokojení základních potřeb jídla, pití, bydlení a tepla. Důležitý je mít smysl života. Být informován o faktorech, které mají vliv na život člověka, a umět svoji situaci správně vyhodnotit. Své možnosti realizovat s ohledem na plnění cílů druhých lidí. (Křivohlavý, 2003, s.40)

Co si lidé různého zaměření představují pod pojmem zdraví (Křivohlavý, 2003, s.30):

„Lékař – pojem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.

Sociolog – rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.

Humanista – slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytou.

Idealista – pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně.“

2.4.1 Názory na kvalitu života a zdraví

Každý vidí pod pojmy „kvalita života“ a „zdraví“ jiný obsah. Pro širší pochopení významu jsou uvedeny názory různých odborníků zabývajících se touto problematikou.

MUDr. PhDr. Jan Payne, PhD.

Ústav pro humanitní studia v lékařství, 1. LF UK Praha

Jan Payne se pokouší o vymezení pojmu „zdraví“. Poukazuje na to, že „zdraví“ lze zahrnout do různých souvislostí. Patří sem zdravá strava, zdravé životní prostředí, zdravý styl života. Podle autora si můžeme představit i zdravé sebevědomí, zdravou společnost a podobně. Pro někoho je „zdraví“ cosi absolutní, jindy jde jen o škálu k měření čehosi jiného.

Přesně vymezit zdraví je složité. Jde o spoustu nahodilých významů a souvislostí.

„Potíž tkví v tom, že lékař je již od hippokratovských časů veden svým morálním kodexem k tomu, aby pacientovi prospíval. Ovšem pokud postrádá ponětí o tom, co tímto prospěchem vlastně je, snadno bezděčně škodí, ačkoliv, či spíše díky tomu, že, leckdy disponuje fascinujícími technickými prostředky s obrovskou účinností.“ (Payne, 2005, s.11)

Otázka kvality života a zdraví zahrnuje filosofické i empirické důsledky.

Z pohledu filosofie jde každému z nás o to, abychom měli šťastný, hodnotný a pěkný život.

Tato touha se zdůrazní zejména za kritických okolností, kdy si klademe otázku, proč vlastně žijeme a oč nám v životě jde. Zdraví a smysl života je něco, o co je třeba se snažit.

Payne uvádí, že: „*základem smyslu života a zdraví je spontánní i kreativní tvoření sebe sama tváří v tvář riziku probouzejícímu úzkost či strach.*“ Ve zdravotnické praxi by měla být svobodná vůle člověka prostředkem i cílem zároveň. (Payne, 2005, s.16-17)

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Oddělení lékařské psychologie, 3. LF UK Praha

Ve svém příspěvku se zabývá ústřední pojmy – životní smysl a kvalita života.

Životní smysl (in Payne, 2005, s.254)

Praktické naplňování životního smyslu spočívá ve dvou krocích:

„a) rozpoznání hodnoty, kterou člověk může uskutečnit za právě daných okolností buď tvůrčím činem, nebo sebepřesahujícím setkáním, anebo zaujetím prospěšného postoje ke skutečností svého života

b) vykonání právě toho, co vyžaduje proměnění takto rozpoznané hodnoty z pouhé příležitosti na opravdovou skutečnost.“

Životní kvality a kvalitní život -vnitřní rozměry člověka dle Balcara (in Payne, 2005, s.71)

„Kvality (stránky, dimenze) lidského života – jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka ke světu a k sobě samému:

Tělesné „zdraví“ = soulad a výkonnost tělesných funkcí; převládá docilování „rovnováhy“ mezi nároky a výkony tělesných funkcí.

Duševní „štěstí“ = radost ze života a úspěšnost v něm; převládá prosazování „převahy“ vlastních záměrů vůči prostředí.

Duchovní „smysl“ = účinné uplatňování vůle a svědomí; převládá uplatňování „odvahy“ při volbě a uskutečňování hodnot ve světě.“

Nezbytnou podmínkou pro to, aby člověk žil, prožíval a jednal s pocitem smysluplnosti, je mít něco, pro co stojí za to žít. Dále musí být člověk dostatečně svobodný v uskutečňování zvolených, smysl dávajících hodnot ve světě, aby tak mohl činit s vědomím své dpovědnosti. (in Payne, 2005, s.256)

PhDr. Vladimír Vavrda, PhD.

Ústav pro humanitní studia v lékařství, 1. LF UK Praha

Dle Vavrdy (in Payne, 2005, s.176-177) lidé při terapeutickém zákroku očekávají zásadní změny kvality života. Míra očekávané změny často neodpovídá dosaženému, což může ovlivnit spokojenost pacienta s léčbou. Změna tělesného stavu je však jen jedním z mnoha předpokladů změny kvality života. Očekávaná změna kvality života zahrnuje i psychologické aspekty na straně pacienta. Do střetu se dostává subjektivní posouzení pacienta s objektivním posouzením zdravotníka. Neporozumění povaze pacientova očekávání znemožňuje nabídnout mu takovou péči, která by byla schopna lépe splnit jeho očekávání.

PhDr. Hana Janečková, PhD.

Škola veřejného zdravotnictví, IPVZ, Praha

Janečková (in Payne, 2005, s.182-183) uvádí, že spokojenost s kvalitou péče závisí na vzájemném vztahu a komunikaci lékaře a pacienta. Model orientovaný na pacienta uznává, že pacient je osoba s jedinečnými potřebami a životní historií. Orientovanost na pacienta je zajištěna tehdy, zajímá-li se lékař aktivně o pacientův pohled na věc, a to i v případě, kdy pacient svůj pohled nemůže vyjádřit slovy.

Janečková spojuje životní události a kvalitu života. Životní události mění bezprostředně aktuální prožívání kvality života (vyvolávají subjektivní pocit nespokojenosti, neklidu, strachu, vedou k poruchám spánku atd.) a dlouhodobá kvalita života je spojena se směřováním, naplňováním životních cílů, uspokojováním potřeby rozvoje a růstu, hledáním smyslu života.

Životní událost může znamenat z hlediska kvality života:

- změnu perspektivy (byl jsme naivní, nevážil jsem si toho...)
- změnu hodnot
- změnu smyslu života (životních cílů)
- zabrždění rozvoje a stagnaci (chybí motivace)
- vážné ohrožení zdraví. (in Payne, 2005, s.456)

PhDr. Helena Hnilicová, PhD.

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, 1. LF UK Praha

Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Cílem je podporovat a

rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl. (in Payne, 2005, s.206)

Dle Hnilicové „je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektívni kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.“ (in Payne, 2005, s.207)

Jako důležité životní domény uvádí:

1. Bytí (being – who is one) zahrnuje

- fyzické bytí (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled)
- psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, cítění, sebeúcta, sebekontrola)
- spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).

2. Přilnutí (belonging – napojení na vlastní prostředí) zahrnuje

- fyzické přilnutí (k domovu, komunitě)
- užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, sousedům)
- přilnutí k širšímu prostředí-komunitě (adekvátní finanční příjmy, zdravotní péče a sociální práce, vzdělávací možnosti).

3. Realizace (becoming – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací) zahrnuje

- praktické uskutečňování (domácí aktivity, zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění)
- relaxační aktivity (redukce stresu a relaxace)
- uskutečňování růstu (aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu). (in Payne, 2005, s.208-209)

PhDr. Eva Křížová, PhD.

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství 3. LF UK

Křížová se zabývá kvalitou života v kontextu všedního dne. Analýzou volných odpovědí 76 respondentů stanovila domény pojmu kvalita života jako:

- otevřenost, aktivita, harmonie, propojenost(lidské vztahy)
- autonomie (soběstačnost, nezávislost)

- autenticita (seberealizace)
- směřování (víme, co chceme)
- růst (rozvoj podle svých potřeb a vloh)
- fatalistické prvky (smysl svého života)
- řád (dodržovat právo, mít své hodnoty)
- city, morální hodnoty (snažit se o lepší svět)
- kořeny (vlastenecké cítění) a trvání.

Charakter pojmu kvalita života se v laickém povědomí jeví jako multidimenzionální, dlouhodobě a složitě se utvářející, značně relativistický, idealizovaný a nedosažitelný. Silný důraz byl kladen na sociální a morální obsah. (in Payne, 2005, s.217)

Dle Křížové je kvalita života velice široký a nejednoznačně definovaný pojem. Je však jasné, že zahrnuje tři hlavní domény:

- fyzické prožívání (zdravotní stav)
- psychickou pohodu (přítomnost pozitivních emocí, pocit vitality apod.)
- sociální postavení jedince (vzdělání, ekonomická situace, profese, rodinný stav apod.) a jeho vztahy k druhým lidem.

Uvádí předpoklad, „že nejen zdraví, ale také kvalita života bude pozitivně korelovat s rostoucím stupněm vzdělání a příjmů.“ (in Payne, 2005 s.352)

doc. MUDr. Ctibor Drbal, CSc.

Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy

Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.

Ústav hygieny a epidemiologie, 1. LF UK Praha

Dle těchto autorů jsou prostředí, zdraví a kvalita života kategorie vzájemně spjaté a neoddělitelné. Počátkem 70. let minulého století měla genetika podíl na zdravotním stavu z 10-15 %, zdravotnictví zhruba stejným dílem, faktory prostředí asi z 20 % a způsob života se promítá do utváření zdraví či nemoci asi 50 %.

Díky vědě, technice a globalizaci dochází k podstatným změnám uvedených determinant lidského zdraví a tím i jejich vztahu ke kvalitě života. V oblasti genetiky se otevírá obrovský prostor, zjišťujeme, že řada chorob a poruch je způsobena genetikou (nádorová onemocnění, kardiovaskulární choroby, alergické projevy, metabolické poruchy, degenerativní a psychopatické syndromy). Rozvíjí se oblast, kde díky poznání genomu lze využít jeho

pozitivního ovlivnění. Člověk není dispozičně a adaptačně připraven na škodliviny dlouhodobě setrvávající v prostředí (toxické kovy, polyhalogenové uhlovodíky, dioxiny, dibenzofurany a polychlorovanými bifenyly).

Nová doba přinesla rozvoj ve zdravotnictví. Vyvíjí se nové metody a technologie v oblasti diagnostiky, terapie i prevence. Dle autorů je nezbytné vytvořit novou koncepci a posílit roli veřejného zdravotnictví.

Způsob života, jako klíčová determinanta zdraví, zahrnuje výživu, pohybové aktivity, sexuální chování, návykové závislosti. Kvalita života zdravých, nemocných i handicapovaných je ovlivněna celistvým komplexem všech procesů ve vztahu organismu a prostředí, zahrnuje biopsychosociální dimenze. (in Payne, 2005, s.234-239)

Prof. PhDr. Anna Hogenová, CSc.

Kvalitní život není výsledkem realizace přesně popsanych předpisů. Člověk není stroj na aplikace vědeckých výsledků. Ke kvalitní existenci patří i umění stárnout, umění akceptovat svoji prohru jako výzvu k překonávání překážek jinak. Člověk musí umět i „odcházet“. Kvalita života nemůže vycházet pouze z funkcí lidského těla, jako je tomu dnes tak často, ale jde hlavně o to, proč tělo má fungovat, o cíl tohoto fungování. Dle autorky se kvalita života v dnešní době stává něčím věčným, co se dá koupit, co je možno získat stejně jako věci. Ale kvalita života potřebuje tvořivost, přesah. Kultivace těla musí jít ruku v ruce s kultivací duchovního prvku v lidském životě. (Hogenová, 2002, s.28-29)

Kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr z možností, které pak člověk uskutečňuje, ale i to, k čemu směřujeme, tj. cíl životního pohybu, jemuž říkáme smysl života. (Hogenová, 2002, s.31)

Kvalita života je fenoménem celostním, zahrnuje ekologii, politiku, ekonomii, kulturu, lidská práva, etiku, estetiku i problematiku zdraví. (Hogenová, 2002, s.37)

Prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc.

Dle autora kvalita života zahrnuje celkovou pohodu jedinců v širším pojetí. Jsou zdůrazňovány stejné životní příležitosti, zajištění uspokojivé životní úrovně pro každého, přístup k zaměstnání a sociální ochraně. Kvalita života nesouvisí pouze s příjmem, vzděláním a přístupem k materiálním zdrojům, ale je vázána také na zdravotní péči, mezilidské a společenské vztahy. Jde především o subjektivní vnímání života jedinců, možnost dosáhnout svých cílů a zvolit si nejvhodnější způsob života. (Pyšný, 2008, s.15)

Autor ve své knize cituje i další definici kvality života:

Nagpal (in Dragomirecká, Škoda, 1997, s.25-27) definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou. (Pyšný, 2008, s.16)

Shrnutí z pohledu práce se seniory v domově důchodců.

Payne spojuje kvalitu života se zdravím, kterého si vážíme, až když se nám zdraví nedostává v plné míře. Pro seniory je zdraví významnou hodnotou. Senioři však dokáží vést kvalitní život i s oslabeným zdravím. Váží si svých zachovaných schopností. Nejdůležitější je pro ně zachování alespoň částečné soběstačnosti.

Dle Balcara spočívá kvalita života v naplňování životního smyslu svými činy. Důležité je mít pro co žít. Pro seniory jsou motivací příbuzní a přátelé, kterým mohou pomoci alespoň svými životními zkušenostmi. Někteří pomáhají i finančně. Pro seniory je důležitý pocit, že jsou potřební.

Vavřda a Janečková se zabývají poskytováním kvalitní zdravotní péče, kdy je nutné porozumět klientovu očekávání. Pouhý zdravotní úkon nenaplňuje seniory spokojeností. Velký důraz senioři kladou na „souznění“ s lékařem. Empaticky vedený rozhovor, aktivní zájem a porozumění jsou základem kvalitní zdravotní péče.

Hnilicová a Křížová uvádí, že pro kvalitu života je důležité fyzické zdraví, psychická pohoda a sociální postavení. Služba pro seniory musí tedy zahrnovat nejen péči o tělo, ale i péči o duši klienta. Pomoci mu najít aktivitu, která by ho uspokojovala a zajistila mu kontakt s okolím.

Drbal a Bencko poukazují na vliv zdravotnictví a společnosti vůbec. Nové technologie v oblasti zdravotnictví otevírají stále větší možnosti pro pozitivní ovlivňování kvality života. Na druhou stranu sebou společenský rozvoj nese i negativní vlivy, jako je znečištěné životní prostředí. To, co může člověk ovlivnit, je způsob života vedoucí ke kvalitnímu životu. Senioři potřebují bezpečné prostředí uzpůsobené jejich potřebám, výživu odpovídající jejich zdravotním obtížím, možnost pohybové aktivity a prostor pro zájmové činnosti.

Hogenová, Pyšný, stejně jako ostatní uvedení autoři se shodují v důležitosti subjektivního pohledu na kvalitu života a uskutečňování životního smyslu.

V každém příspěvku je velký kus pravdy. Náš život by nebyl kvalitní, pokud bychom neměli pro co žít. Každý musí mít nějaký smysl života. Někomu stačí to, jak žije, jiný člověk svůj kvalitní život považuje za nedosažitelný ideál. Je to představa ryze individuální, subjektivně prožívaná. V určování pravých hodnot života nás ovlivňuje naše minulost, současnost

i budoucnost. Důležité je zdravé sebevědomí, mít motivaci rozvíjet se, ale také odpovídající vnější prostředí. Do vymezení kategorie kvality života patří i chápaví lidé kolem nás. Podstatnou částí kvalitního života je zdraví. Cesta k realizaci kvalitního života za stavu nemoci je nesnadná a komplikovaná. Je třeba naučit se žít se svou nemocí, hledat podstatné individuální hodnoty.

2.4.2 Měření kvality života

Kvalita života se nedá jednoduše změřit. Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“, tj. „charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku“ říká Křivohlavý (2002, s. 162), např. život jednoho člověka od života druhého člověka.

Otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí.

Cílem je zmapovat úroveň kvality života v různých oblastech, např. při sledování životní úrovně obyvatelstva, při mapování potřeb jednotlivých skupin populace, při zjišťování kvality ústavní péče, při měření individuální spokojenosti. Poukázat na případné nedostatky a navrhnout možnost pro zlepšení.

Stáří je součástí našeho života. Medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem, kteří trpí různými nemocemi. Onemocnění, jeho léčení a následky jsou zdrojem problémů a působí na vnímání subjektivního stavu člověka v souvislosti s prožíváním stáří. Výzkumy sledující kvalitu života ve stáří zachycují hodnoty, které senioři považují za významné.

U nás se tímto problémem zabývá Eva Dragomirecká, která působí v Psychiatrickém centru v Praze a Jaroslav Křivohlavý působící v centru lékařské etiky na I. Lékařské fakultě UK v Praze.

Existují dotazníky Světové zdravotnické organizace (WHO):

WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment).

WHOQoL-100 zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Výsledky dotazníku WHOQoL-BREF jsou rozděleny do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím).

Křivohlavý (2002, s. 165) uvádí tři základní skupiny metod měření QOL:

1. Metody měření kvality, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba – *objektivní*.
2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba – *subjektivní*.
3. Metody *smíšené*, které jsou kombinací metod typu 1 a 2.

1. Objektivní metody měření kvality života

Předchůdcem metod měření kvality pacientova života byly tzv. **HS – Health State – Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta**. Zdokonalenou formou jsou tzv. **HSP – Health State Profiles – Profily zdravotního stavu pacienta**. Šlo v nich o pokus nastínit zdravotní stav pacienta tak, jak je viděn z ryze lékařského, obecně fyziologického hlediska. (Křivohlavý, 2002, s.165)

APACHE II - Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System

Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu se snaží vystihnout celkový stav pacienta především fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Tato metoda je založena na posouzení vážnosti onemocnění pacienta podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normy. Výsledek je vyjádřen číselně. Při vyhodnocování platí, že čím vyšší je číselný údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta. (Křivohlavý, 2002, s. 165-166)

Karnofskyho index - The Karnofsky Performance Scale (Karnofsky a Burchenal, 1949)

Tento nástroj se zaměřuje především na tělesnou dimenzi QOL. Hodnotu Karnofskyho indexu stanovuje lékař a tím se vyjadřuje k pacientovu celkovému zdravotnímu stavu k určitému datu. Hodnocení je prezentováno v podobě procentuální škály od 0 do 100. (Křivohlavý, 2002, s.166)

Od těchto metod typu rejstříku zdravotních problémů daného člověka byl jen krok ke globálnímu, tj. celek vystihujícímu pojetí.

Metoda **Vizuální škálování celkového stavu pacienta - Visual Analogue Scale** (Křivohlavý, 1986) – jde o viditelnou analogovou škálu – tzv. **VAS**.

Vyhodnocení se zaznamenává na 10 cm dlouhou vodorovnou nebo do úhlu 45° nakloněnou stoupající úsečku s označenými dvěma extrémy: celkový pacientův stav je mimořádně špatný a celkový pacientův stav je velice dobrý. (Křivohlavý, 2002, s. 166)

Index kvality života - ILF

Výhodou této metody je, že na stanovení kritérií QOL se podílí nejenom sám hodnotitel, ale i lékaři, psychologové, zdravotní sestry atp. Hodnocení stavu pacienta je možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích (např. pětistupňové škále) a hodnotit ji v předem stanovených časových úsecích. (Křivohlavý, 2002, s. 168)

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi, ať obecně, či podle určitých kritérií, vykazoval vzdor všem dobrým snahám někdy až dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. Přešlo se k subjektivnímu hodnocení.

2. Subjektivní metody měření kvality života

HRQoL – Health Related Quality of Life (Patrick, Erickson, 1993) – Měření kvality života z hlediska zdraví.

DDRS – Distress and Disability Rating Scale (Rosser, 1988) - Posuzovací škála stresu a neschopnosti.

SWLS - The Satisfaction with Life Scale (Diener, 1994) - Stupnice spokojenosti se životem.

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Systém individuálního hodnocení kvality života. Vychází z toho, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních představ neboli mentálních konstruktů, které máme o věcech, lidech, ideálech atd. K vystižení pojetí mentálních konstruktů vytvořil Kelly metodu zvanou „***Repertory Grid***“ – metodu sítí životních pojetí a cílů, která byla uzpůsobena pro měření kvality života a ke zjišťování osobních cílů. (Křivohlavý, 2002, s. 171-172)

MHIQ – McMaster Health Index Questionnaire – vychází přímo z definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace.

3. Smíšené metody měření kvality života

MANSA – Manchester Short Assesment of Quality of Life – krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru, cílem je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli. (Křivohlavý, 2002, s.176)

LSS – Life Satisfaction Scale (Priebe, Huxley, Stone, Knight, 1998)– Měření spokojenosti. Hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. (Křivohlavý, 2002, s.176-177)

2.5 Péče o starého člověka

Zvyšování kvality života ve fázi stárnutí usnadňuje akceptaci faktu stárnutí – jeho přijetí a smíření se s ním. (Křivohlavý, 2002, s.150)

V posledních letech vzrůstá zájem veřejnosti i odborníků o otázky týkající se starých lidí. Stoupající význam má gerontologie a geriatrie.

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Zahrnuje teoretickou gerontologii, která tvoří vědecký základ oboru, čerpá i z jiných vědních disciplín. Sociální gerontologie se zabývá vzájemnými vztahy mezi starým jedincem a společností a problematikou staré populace. Patří sem i gerontologická sociologie a demografie.

Geriatrie se soustřeďuje na komplexní problematiku starého člověka jako jedince. Zaměřuje se na zvláštnosti chorob ve stáří. (Pacovský, 1994, s.11)

Cíle geriatrie (Topinková, 2005, s.3)

- zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Uplatňovat metody primární i sekundární prevence
- dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta
- přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora.

Gerontopedagogika je pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. (Mühlpachr, 2004, s.11)

Péče je základem geriatrické medicíny. Péče o starého člověka se orientuje především na uspokojování jeho potřeb a pomoc při řešení jeho problémů. Vyznačuje se individuální aplikací.

Zajímavým postřehem Karla Balcara (in Payne, 2005, s.162) je, že podmínkou úspěšné léčby není ani tak to, co terapeut a pacient dělají, jako kvalita osobního vztahu mezi nimi. Lékař sám je nejúčinnějším lékem, a to prostřednictvím svého jednání s pacientem.

Důležitá slova pro profesionální práci se starými lidmi (Pichaud, 1998, s.153):

Důstojnost	člověk, zejména starší, touží, aby byl užitečný, uznávaný, vážený
Úcta	úcta k věku, slabostem, ale i k osobnosti, hodnotám a tužbám člověka
Adaptace	přizpůsobovat se věku a podmínkám s ohledem na hranice a možnosti starého člověka
Vztah	založený na ohleduplnosti, úctě a porozumění
Naslouchání	najít si čas a být trpělivý pro naslouchání seniorům
Komunikace	verbální komunikaci doplňovat i neverbálními projevy (dotek, pohled, gesto)
Blaho, spokojenost	nejen z čistého a uspořádaného okolí, ale i ze života, pohodlí, jídla
Animace	pro klienta v domově pro seniory je velmi důležité i okolí (pečovatelé, uklízečky)

2.6 Životní potřeby seniorů

„Život neznamená být živ, ale žít v pohodě“ Martialis

Subjektivní kvalita života se odvíjí od uspokojování potřeb člověka na různých úrovních. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeby přispívají k adaptaci člověka na změny prostředí a naopak potřeby člověka prostředí mění.

Důležitá je motivace, která nás nutí uspokojovat své potřeby. Senioři potřebují povzbuzení a podporu, aby věřili svým schopnostem a mohli dosahovat svých životních cílů. Klient domova pro seniory má potřebu být prospěšný a užitečný.

Život člověka je tvořen různými potřebami. Mezi základní patří tělesné potřeby, ale máme i svá přání a životní hodnoty, které tvoří naše psychosociální potřeby. Například zdraví, sociální a ekonomická jistota, láska, úspěch, svoboda, nezávislost apod.

Nejrozšířenější je hierarchie potřeb od humanistického psychologa **Maslowa** (Jarošová, 2006, s.32-33):

• Fyziologické potřeby	potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku, pohybu
• Potřeba bezpečí	ekonomického, fyzického a sociálního
• Potřeby sociální	potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut
• Potřeba uznání a sebeúcty	snaha získat ztracené sociální hodnoty
• Potřeba sebeaktualizace	nalézt smysl života

Pokud nejsou uspokojeny fyziologické potřeby není možné postoupit k dalším potřebám.

Klevetová (2008, s.58-71) zahrnuje do životních vývojových potřeb:

- **Potřeba stimulace**

Správné *podněty*, které dostáváme na správném místě, ve správný čas a v přiměřeném množství a kvalitě rozvíjí činnost centrálního nervového systému. Vývojové změny ve stáří přinášejí snížení smyslových funkcí, proto musí starý člověk dostávat dostatečné informace, kterým dokáže rozumět.

- **Potřeba smysluplného světa**

Biologické rytmy ovlivňují naše prožívání a duševní výkonnost – pozornost, zájem, schopnost učení. Stáří mění naše biologické rytmy, jejich znalost umožňuje řádně plánovat režim dne. Pravidelnost v činnostech přináší řád. Starý člověk potřebuje podporu a pochvalu za cokoliv, co dokázal. Je třeba zkoušet najít jiné způsoby sebepečce, které dokáže přijmout a umí je zvládat. Schopnost učení a tvořivosti ve stáří nezaniká.

Znalost struktury činností pomáhá pečující osobě lépe pochopit chování starých lidí:

Rituály – jaké rituály ve svém životě měl: pozdravení, oslavy, stolování, postupy při hygieně.

Práce, činnosti – jaké jsou jeho oblíbené pracovní činnosti, co je pro něho nezbytné. Zda se do všeho řítí bezhlavě, či s rozmyslem.

Stažení do sebe, izolace – ve kterých situacích musí a chce být sám.

Zábava – čím se zabýval nejraději a s kým.

Naučené způsoby chování - pokud byl člověk dříve ochoten měnit svůj způsob života ve prospěch zdraví, bude to ochoten dělat i ve stáří.

Citová blízkost – jde o potřebu vztahu, v němž je člověk uznáván a milován bez podmínek.

- **Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti**

Změny a ztráty ve stáří jsou obtížně přijímány. Odchod do domova pro seniory je velkou změnou, kdy člověk ztrácí své soukromí a vlastní domov. Do domova pro seniory se dostává z důvodu ztráty fyzických sil, snižuje se soběstačnost a zvyšuje závislost na druhých. Orientaci a jednání ztěžuje oslabení smyslových funkcí.

- **Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou i druhými**

Klevetová (2008, s.69) uvádí co zásadně mění obraz života ve stáří:

- „*ztráta autonomie – omezení schopnosti být sám sebou*
 - *omezení možnosti svobodně volit místo, čas, osoby, činnosti*
 - *nečinnosti s druhými lidmi*
- *ztráta kontroly nad svým životem – omezení vlivu na vykonávané činnosti*
 - *snížení míry zodpovědnosti za svá rozhodnutí.*“

Pro každého člověka je důležité mít svůj život pod kontrolou a moci samostatně rozhodovat, získat pocit uznání toho, jaký jsem.

- **Potřeba otevřené budoucnosti**

Mít se na co těšit, je velmi důležité. Pomůže i víra ve vlastní schopnosti, opora a úcta od blízkých osob.

Důležitou roli hrají i duchovní potřeby. Potřeba vědomí o smyslu života a smrti nemusí souviset s náboženstvím. Člověk na sklonku života má velkou potřebu usmířit se s blízkými.

2.6.1 Uspokojování potřeb

Většina starších lidí sama pečuje o uspokojování svých potřeb. Někteří však potřebují pomoc.

Nutný dohled a pomoc potřebují lidé dezorientovaní, kterým často stačí pouze naznačit, co mají dělat a oni tuto činnost vykonávají pomalu během dne. Osoba, která není schopna sama rozhodnout o tom, co potřebuje, musí mít osobu, která by zjišťovala jeho tělesné potřeby a rozhodovala za něj.

Pomáhající musí umožnit člověku, kterému pomáhá, aby si co nejvíc věcí dělal sám. Když to člověku umožníme, uznáváme jeho autonomii.

Pichaud (1998, s.44) uvádí, že *„autonomie je schopnost vést život podle vlastních pravidel, zůstat pánem svého chování a způsobu života.“* Důležité je klást si otázky: „Co je pro seniora nejdůležitější?“ Nerozhodovat, co je pro něj nejlepší, nepřikazovat či zakazovat. Pomáhající si musí uvědomit, co od něho starý člověk očekává, nesoustředit se jen na vlastní povinnosti. Často klient potřebuje pouze s někým navázat kontakt.

Pozornost sociálních pracovníků a zdravotníků bývá často zaměřena více na tělesné zdraví a soběstačnost. Ale každý, kdo pečuje o starého člověka, by měl k němu přistupovat komplexně, brát v úvahu i psychiku.

Některým lidem však situace fyzické závislosti na druhých vyhovuje, zde hrozí nebezpečí přílišné péče a naopak po druhém nesmíme žádat příliš, abychom ho neuvedli do rozpaků, že něco nezvládne.

Pichaud (1998, s.46) uvádí, že pomáhající člověk by měl vytvářet tyto podmínky k uchování a rozvíjení autonomie seniora:

- *„Mít schopnost sebeurčení, to znamená schopnost volby, svobodného rozhodování a jednání v souladu se svými potřebami. S ohledem na stav fyzický, rozumový a sociální.“*

- *Být motivován k samostatné činnosti. Mít do toho chuť.*
- *Mít vhodné prostředí.*

Zátěžové situace ve vyšším věku ovlivňují lidské potřeby. Ve stáří dochází k obratu od materiálních hodnot k duchovním hodnotám, k sobě samému. Subjektivní hodnocení může být v rozporu s tím, jak člověka hodnotí společnost.

2.7 Kvalita života seniorů v sociálních službách

Jarošová (2006, s.48) rozděluje sociální služby pro seniory na:

- **Ústavní péče o seniory** – domovy důchodců, domovy-penziony pro důchodce, domovy pro seniory.
- **Terénní služby pro seniory** – respitní péče, stacionáře – denní pobyty (domovinky), pečovatelská služba. Slouží k podpoře rodin, které pečují o seniora.
- **Komunitní péče o seniory** – sociální poradenství, vzdělávání pracovníků v oblasti péče o seniory, služby domácí péče, osobní asistence, půjčování pomůcek do domácnosti, pedikúra a další.

Přes veškerou péči rodiny může nastat chvíle, kdy už se nelze o starého člověka starat, protože se jeho zdravotní stav velmi zhorší a rodina má přece jen omezené možnosti. Pro rodinu je těžké učinit konečné rozhodnutí a nalézt vhodné řešení a vyhovující místo.

Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování či jiná větší životní změna.

„Starý strom těžko přesadíš“, praví lidová moudrost. Vykořenění ze stávajících vazeb a prostředí je tak velké, že může mít za následek i smrt člověka.

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. (Matoušek, 2007, s.9)

Klient by měl mít možnost výběru na základě nabídky různých subjektů poskytujících sociální péči. Zařízení se otevírají vůči okolní komunitě. Současný charakter ústavní péče je zaměřen na potřeby klientů nikoli personálu. Nositelem kvalitní péče je profesionální personál, i vysokoškolsky vzdělaný.

Na klienta domova pro seniory musí být nahlíženo jako na občana se všemi občanskými právy. Právo na respekt osobnosti, soukromí, svobodu rozhodování při poskytování péče je prioritní.

S rozvojem kvality poskytování sociálních služeb souvisí celková formalizace ve smyslu transparentního chodu služby. (SQSS, 2008) Požadavkem je jasné vymezení sociální služby a pravidla poskytování.

Doporučení v případě přístupu ke klientům (Venglářová, 2007, s. 16-17):

1. Dobrá příprava seniora na změny ve stáří, především na stěhování do zařízení pro seniory.
2. Seznámení klienta i rodiny se zvyklostmi daného zařízení.
3. Znalost rituálů, zvyků a co možná nejširší přizpůsobení seniorovi.
4. Ponechání osobních věcí, umožnění kontaktu s lidmi a prostředím, na které je senior zvyklý.
5. Přístup ke člověku, „jaký byl“ před vstupem do sociálního zařízení.
6. Akceptace povahových rysů. V seniorském věku si nemůžeme činit nároky na změnu povahy.
7. Respektování přání klienta. Vše, co poskytuje zařízení, bereme jako nabídku, možnost. Zapojení se do každodenních aktivit je svobodná vůle klienta. I když vím, že nečinnost zhoršuje zdravotní i psychický stav, nutit nikoho nebudeme.

2.7.1 Zákon o sociálních službách

Činnost domova pro seniory se řídí právními předpisy. Mezi nejdůležitější patří **Zákon**

č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách patří domovy pro seniory mezi zařízení sociálních služeb. Domov pro seniory poskytuje pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku, kteří vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby.

Poskytované služby dle zákona:

„poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Mezi povinnosti poskytovatelů sociálních služeb patří:

„dodržovat standardy kvality sociálních služeb, vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociálních služeb.“

Dle zákona se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci poskytuje příspěvek na péči. Tento příspěvek může být vyplácen blízké, nebo jiné fyzické osobě, která poskytuje pomoc, nebo poskytovateli sociálních služeb. Výše příspěvku závisí na stupni závislosti na pomoci, od lehké závislosti až po úplnou.

2.7.2 Standardy kvality sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb je definována jsou soubor standardů složených z měřitelných kritérií, která jsou uvedena ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., v platném znění. Standardy se zabývají kvalitativní povahou poskytovaných služeb, tím, jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, jaká je povaha vztahů mezi uživateli a pracovníky, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování osob.

- **Procedurální standardy** jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.
- **Personální standardy** se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.
- **Provozní standardy** definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustředí se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

Dle Standardů se dá porovnat, jak je služba fakticky poskytována. Hodnocení kvality vždy zahrnuje její objektivní i subjektivní stránku. Velká váha je položena na podmínky, v nichž klient žije, než na jeho subjektivní bilanci. Na druhé straně je kvalita života směřováním k naplnění potřeb klienta, k realizaci osobních cílů, k naplnění smyslu klientova života. Z tohoto hlediska je kvalita života velmi individuální záležitostí. (Matoušek, 2007, s.167)

Hodnocení kvality vycházející ze standardů kvality sociálních služeb, poskytuje zpětnou vazbu všem zúčastněným. Ukazuje směr rozvoje péče o seniory.

2.8 Shrnutí teoretické části

Z teoretické části vyplývá, že stáří má svá specifika, která se projevují pozitivně i negativně. Je to období života, které je ovlivněno předcházejícím způsobem života. Základním pojmem bakalářské práce je kvalita života ve stáří. Záleží z velké části na člověku samotném, jeho fyzických, psychických a sociálních předpokladech, které kvalitu života ovlivňují. Často se zapomíná, že vnímání kvalitního života je přísně individuální. Je ovlivněno žebříčkem hodnot a potřebami člověka. Rozdílně vidí kvalitu života mladý a starý člověk.

Kvalitu života v ústavních zařízeních garantuje Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, podle kterého musí poskytovatel sociálních služeb dodržovat Standardy kvality sociálních služeb.

V předchozích částech textu byla pomocí pojmů objasněna teoretická východiska, ze kterých bude vycházet empirický průzkum.

3 Praktická část

Jedná se o kvantitativní průzkum. Data jsou sbírána formou standardizovaného dotazníku a obsahové analýzy dokumentů.

Průzkum je veden monografickou metodou, která zkoumá jasně vymezený objekt – Domov pro seniory Jablonec nad Nisou.

Typy dokumentů:

- určené ke shromažďování informací – Standardy kvality sociálních služeb, pracovní náplně zaměstnanců, metodické pokyny a vnitřní předpisy
- určené k šíření informací – internetový odkaz, fotografie, kronika zařízení.

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit kvalitu života seniorů v Domově důchodců Jablonecké Paseky. Jaké je subjektivní vnímání života klientů v zařízení a jaké mají podmínky péče. Porovnat objektivní podmínky v domově, jehož činnost se řídí Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb, se subjektivními pocity klientů domova.

Dotazník je zaměřen na kvalitu života, zdraví a ostatní oblasti důležité pro seniora. Např. možnost aktivizačních činností, rozsah zdravotní a ošetrovatelské péče, možnost naplánovat péči dle individuálních potřeb klienta, psychická pohoda, pocit osamělosti a neschopnosti, spokojenost, smíření, pocit bezpečí, možnost využít svých schopností, respekt od zaměstnanců.

Účelem průzkumu je zjištění konkrétních problémů klientů. Domov pro seniory bude mít podklady pro zavedení změn a nových opatření vyplývajících z přání a potřeb svých klientů.

3.1.1 Stanovení předpokladů

1. Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti zdraví je 15 % (ověřováno pomocí studia dokumentace a dotazníku – otázky pro doménu 1).
2. Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti prožívání je 15 % (ověřováno pomocí studia dokumentace a dotazníku – otázky pro doménu 2).
3. Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti sociálních vztahů je 50 % (ověřováno pomocí studia dokumentace a dotazníku – otázky pro doménu 3).

4. Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti prostředí je 75 % (ověřováno pomocí studia dokumentace a dotazníku – otázky pro doménu 4).

3.2 Použité metody

S osobními daty klientů je nakládáno v souladu s platným Zákonem č.101/2000 Sb., na ochranu osobních dat.

3.2.1 Dotazník

Pro zjištění dat potřebných pro ověření stanovených předpokladů průzkumu v praktické části bakalářské práce jsem použila dotazník kvality života WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment).

Dotazník WHOQOL-BREF (Příloha č. 1) zachycuje subjektivní pohled jedince na svou životní situaci, který se označuje jako kvalita života. Míra depresivity výrazně ovlivňuje hodnocení kvality života.

Celková spokojenost se považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Předpokládá se, že celková spokojenost nesouvisí s pouhým počtem oblastí, ve kterých je jedinec spokojen, ale se spokojeností v oblastech, které on sám hodnotí jako důležité. (Dragomirecká, 2006, s.10)

Dotazník vyplňovali klienti domova pro seniory. Další informace o objektivních podmínkách sociální služby domova pro seniory pocházejí z dokumentů zařízení. Zařízení se řídí Standardy kvality sociálních služeb, které vycházejí z konkrétních podmínek a potřeb klientů.

Česká verze dotazníku Světové zdravotnické organizace vznikla v Psychiatrickém centru Praha. Hlavní koordinátorkou projektu je PhDr. Eva Dragomirecká.

Jedná se o **WHOQOL-BREF** - zkrácenou verzi stopoložkového dotazníku WHOQOL-100.

Dotazník lze používat jak u běžné populace, tak u osob s různými zdravotními potížemi.

Jedná se o standardizovaný dotazník. Otázky jsou uzavřené, výběrové.

Operacionalizace cíle

Abychom naplnili stanovený cíl, musíme utvořit kritéria, pomocí kterých můžeme průzkum realizovat a ověřit platnost předpokladů.

- **WHOQOL-BREF**

Zkrácená verze WHOQOL-BREF se v praxi využívá častěji než WHOQOL-100.

Zahrnuje 24 aspektů života (facet) sdružených do čtyř faktorů (domén), kterými jsou fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí a dvě samostatné položky, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav.

Přehled domén a položek

Domény		Položky	
dom1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
dom2	prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
dom3	sociální vztahy	q20	osobní vztah
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
dom4	prostředí	q8	osobní bezpečí
		q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
2 samostatné položky		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

Doména I – fyzický stav

- Bolest a nepříjemné pocity

Tento oddíl se zabývá nepříjemnými tělesnými pocity, které člověk prožívá, a tím nakolik jsou pro něj tyto pocity zatěžující a narušují mu život. Otázky se zabývají tím, zda člověk může kontrolovat bolest a jak snadno dosáhne úlevy od bolesti. Předpokládá se, že čím je snadnější dosáhnout úlevy od bolesti, tím je menší strach z bolestí a méně ovlivňuje kvalitu

života. Podobně se předpokládá, že změny v intenzitě bolesti mohou být více zatěžující než bolest sama. Kvalitu života negativně ovlivňuje neustálá hrozba bolesti, různá tolerance a snášení bolesti.

- Energie a únava

Tento oddíl je zaměřen na energii, chuť do života a schopnost provádět nezbytné úkoly denního života a trávení volného času. Únava může mít mnoho příčin, např. nemoc, deprese.

- Spánek a odpočinek

Tento oddíl se zabývá tím, jak množství spánku a odpočinku či případné potíže v této oblasti ovlivňují kvalitu života.

- Pohyblivost

Oddíl zjišťuje celkovou schopnost člověka dopravit se tam, kam chce, bez pomoci ostatních. Kvalitu života negativně ovlivňuje, pokud je člověk kvůli své omezené mobilitě závislý na jiné osobě.

- Každodenní činnosti

Patří sem sebeobsluha a přiměřená každodenní péče o své věci. Čím větší je závislost na pomoci ostatních, tím více je postižena kvalita života.

- Závislost na lécích nebo léčebných postupech

Tento oddíl zjišťuje, zda je respondent v oblasti svého fyzického nebo psychického zdraví závislý na lécích, alternativní medicíně i nefarmakologických intervencích (kardio stimulátor, protézy).

- Pracovní výkonnost

Důraz je kladen na schopnost respondenta pracovat bez ohledu na druh práce.

Doména II – prožívání

- Pozitivní pocity

Tento oddíl zkoumá, jak respondent prožívá pozitivní pocity spokojenosti, harmonie, klidu, štěstí, naděje, radosti. Důležitý je pohled na budoucnost a pocity s tím spojené.

- Myšlení, učení, paměť a soustředění

Tato faceta zkoumá názor klienta na jeho myšlení, učení, paměť, soustředění a schopnost se rozhodovat. To úzce souvisí s rychlostí a jasností myšlení.

- Sebedůvěra, sebeúcta

Tento oddíl se zabývá tím, jak o sobě lidé smýšlejí, jak si respondent cení sám sebe. Pro některé lidi může být obtížné hovořit o sebeúctě.

- Vnímání těla a vzhledu

Tento oddíl se zabývá tím, jak respondent nahlíží na vlastní tělo. Jaký vliv to má na jeho sebepojetí.

- Negativní pocity

Zjišťují se negativní pocity včetně sklíčenosti, pocitů viny, smutku, zoufalství, úzkosti a nedostatku radosti ze života.

- Duchovní oblast, víra a osobní přesvědčení

Pro mnohé lidi představuje náboženství, osobní víra a duchovní oblast zdroj útěchy, pozitivního životního pocitu, bezpečí, smyslu života.

Doména III – sociální vztahy

- Osobní vztahy

Tato faceta zjišťuje, do jaké míry se respondentovi v životě dostává od nejbližšího okolí přátelství, lásky a podpory. Patří sem schopnost a možnost milovat, fyzická stránka blízkosti jako objetí nebo pohlazení.

- Sociální podpora – praktická pomoc od ostatních

Tato faceta zjišťuje, do jaké míry člověk cítí, že mu jsou členové rodiny ochotni a schopni poskytnout praktickou pomoc, zda se na ně může spolehnout v případě vážných problémů, zda mu rodina a přátelé věří, povzbuzují ho.

- Sexuální život

Otázky se zaměřují na sexuální touhu, vyjádření a naplnění.

Doména IV – prostředí

- Fyzické bezpečí a jistota

Faceta se týká bezprostředně respondentova pocitu svobody. Klade důraz na subjektivní pocit bezpečí nebo ohrožení a vliv, který to má na kvalitu života.

- Domácí prostředí

Tato faceta zahrnuje kvalitu domácího prostředí, vybavenost, možnost soukromí. Důležité je i bezprostřední okolí bydliště.

- Finanční situace

Hlavní důraz se klade na to, co si člověk může, nebo nemůže dovolit. Otázky jsou zaměřeny na pocit závislosti, nebo nezávislosti dané finančními prostředky a pocit dostatku.

- Zdravotní a sociální péče: dostupnost a kvalita

Otázky zahrnují názor respondenta na dostupnost zdravotní a sociální péče i kvalitu a rozsah péče, které se mu dostává.

- Možnosti získávat nové informace

Tato faceta zjišťuje možnost a zájem respondenta o zájmovou činnost, o nové informace.

- Volný čas a záliby – zájmové a rekreační činnosti

Otázky se zaměřují na tři aspekty: osobní možnosti, příležitost a potěšení z odpočinku.

- Životní prostředí

Tato faceta zjišťuje názor respondenta na jeho životní prostředí. Zahrnuje hlučnost, znečištění ovzduší, celkový vzhled atd.

- Doprava

Tato faceta zjišťuje dostupnost používání dopravních prostředků, když se někdo potřebuje někam dostat.

Celková kvalita života a zdraví

Otázky zjišťují, jak člověk hodnotí celkovou kvalitu svého života, zdraví a duševní pohodu.

Administrace a vyhodnocení

Pro vyplnění dotazníku je vhodné zajistit klidné místo bez hluku a dalších rušivých vlivů. Nelze měnit pořadí položek ani znění škál. Dotazník je doplněn o další sociodemografické údaje.

Součástí dotazníku je stránka s instrukcemi a titulní strana, která informuje respondenta o povaze a účelu dotazníkového šetření. Obsahuje název pořádající organizace.

Je použita administrace formou rozhovoru. Tazatel na začátku vysvětlí účel šetření, přečte respondentovi instrukce a uvede přibližnou dobu potřebnou k vyplnění dotazníku, což je asi 15 minut. Respondent může požádat o zopakování otázky. Je třeba přecíst pro každou otázku volby odpovědí. Pozitivně působí, když tazatel respondenta povzbudí informací, že jsou v polovině práce. Respondent může dostat kopii dotazníku.

Tazatel nesmí ovlivňovat odpovědi respondenta, nesmí otázky vysvětlovat jinými slovy a verbálně nebo neverbálně reagovat na jeho odpovědi. Případný nezbytný komentář musí být do dotazníku zaznamenán.

Položky dotazníku WHOQOL se hodnotí na pětistupňové Likertově škále, respektive na pěti škálách, které vyjadřují množství (vůbec ne – maximálně), kapacitu (vůbec ne – zcela), frekvenci (nikdy – neustále) a hodnocení (velmi nespokojený – velmi spokojen/velmi špatný – velmi dobrý).

K měření kvality života podle instrumentu WHOQOL-BREF je třeba spočítat průměrné hrubé skóry jednotlivých domén, které nejsou nic jiného než standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně, včetně transformace na škálu od 4 do 20, přičemž vyšší skóre představuje vyšší kvalitu života. K tvorbě skóre je použita počítačová aplikace EXCEL.

Hodnoty odpovědí dvou samostatných položek hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav.

3.2.2 Studium spisové dokumentace

Soubor dokumentů

Vnitřní pravidla, domácí řád, Standardy kvality sociálních služeb zařízení, personální zajištění, pracovní náplně, webové stránky domova.

Domov důchodců Jablonecké Paseky

Domov je umístěn na okraji města Jablonce nad Nisou v Jabloneckých Pasekách. Areál se nachází pod lesem v klidném prostředí u železniční zastávky. Je také dostupný městskou hromadnou dopravou. Dvě původní budovy byly postaveny na přelomu 19. a 20. století. Byly součástí rozsáhlého areálu lázní. Po roce 1945 zde byl zřízen domov důchodců. Od té doby prošel domov několika rekonstrukcemi a přestavbami. Součástí domova je původní lesopark, udržováno je pouze nejbližší okolí.

Činnost tohoto zařízení řídí Ministerstvo práce a sociálních věcí v Praze prostřednictvím zřizovatele, kterým je Krajský úřad Libereckého kraje. Jedná se o příspěvkovou organizaci.

KLIENTELA ZA ROK 2009 DO 31.10.2009

	Celkem	Muži	Ženy
Struktura	84,0	28,0	56,0
Průměrný věk	80,9	75,5	83,7

Průměrný počet klientů	73
-------------------------------	----

	do 65	66 - 85	nad 85
Věkové rozložení	8	49	27

Počet nástupů	34
Počet ukončení	26

	nemá	1.stupeň	2.stupeň	3.stupeň	4.stupeň
Příspěvky na péči	8	9	15	25	27

Domov tvoří tři na sebe navazující budovy. Je bezbariérový.

Zařízení poskytuje dvě služby: **Domov pro seniory** (70 klientů), **Domov se zvláštním režimem** (14 klientů) ve 34 jednolůžkových a 25 dvoulůžkových pokojích. Poptávka vysoko převyšuje počet lůžek.

Pokoje jsou vybaveny skříní, elektrickým polohovacím lůžkem, nočním stolem, židlemi, jídelním stolem. Na pokojích je umyvadlo nebo koupelna s umyvadlem, sprchovým koutem a toaletou. Pro pokoje bez koupelen je na chodbách společné sanitární zařízení.

Klient si může pokoj vybavit lednicí, televizorem a věcmi, které má rád a byl na ně zvyklý doma (obrázky, květiny, své oblíbené křeslo atd.). Klienti mají k dispozici společné prostory – klubovny, tělocvičnu, kuchyňky, venkovní nádvoří. Domov provozuje vlastní kuchyň a prádelnu.

Ceník služeb (Příloha č. 2). Domácí řád (Příloha č. 3).

Domov pro seniory

Poslání

- Poskytovat seniorům takové služby, aby zůstali nadále součástí společnosti, zachovali si důstojnost, soukromí a vlastní vůli.

Cíle

- Zachování individuality klienta.
- Podpora vztahů klienta s rodinou, přáteli a veřejností.
- Zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči a terapeutickou péči postavenou na základě rozhodnutí klienta.

Cílová skupina

- Senioři, kteří si sami nemohou zajistit osobní péči.
- Senioři, kteří nemohou využívat terénních služeb.
- Senioři, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením.
- Senioři, kteří nenarušují lidské soužití.
- Senioři, kteří nejsou závislí na alkoholu a jiných omamných látkách.

Forma poskytovaných služeb

- Celoroční provoz a ubytování.
- Celodenní stravování ve společných jídelnách nebo na pokojích. Strava je racionální, dietní či diabetická.

Nutriční sestra a ošetřující personál se zabývá problémem malnutrice (podvýživy), která je závažným problémem osob vyššího věku. Stáří často doprovází nechutenství a snížený pocit žízně. Ohroženým klientům je podávána náhradní strava formou Nutridrinků, které doplňují chybějící bílkoviny ve stravě.

- Úklid, praní a žehlení osobního prádla.
- Ošetrovatelská a zdravotní péče.
- Společné i individuální cvičení.
- Rehabilitace.
- Sociálně aktivizační činnosti, kulturní a společenské akce.

Standardní služby hrazené z příspěvku na péči

- Základní sociální poradenství.
- Pomoc a podpora při podávání jídla a pití.
- Pomoc při oblékání a svlékání.
- Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu.
- Pomoc při přesunu na lůžko, vozík.
- Pomoc při úkonech osobní hygieny.
- Pomoc při použití WC.
- Pomoc s úklidem pokoje, osobních věcí.
- Pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Pomoc při vyřizování běžných záležitostí.
- Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Klienti mohou v zařízení využívat i jiných služeb, které jsou zajišťovány cizími subjekty – nákup v kantýně, kadeřnické a holičské služby, pedikúra.

Kulturní a společenské akce

Terapeuticko-zábavné činnosti se zaměřují především na silné stránky jedince, které se snaží podporovat a využívat. (Příloha č. 4 – Fotografická dokumentace sociálně aktivizačních činností)

- Kavárničky, hudební vystoupení.
- Výlety. Opékání uzenek, grilování.
- Bohoslužby.

Průběh poskytované služby

V domově důchodců pracuje 67 pracovníků (Příloha č. 5 – Organizační schéma):

Ošetrovatelská péče	33
Sociální pracovníce	2
Kuchyň	6

Zdravotní péče	7
Fyzioterapeut	1
Kanceláře	6

Údržba	2
Prádelna	3
Uklízečky	7

Při naplňování služby personál poskytuje pomoc, která přispívá k rozvoji klienta a vede k udržení jeho nezávislosti a zodpovědnosti.

Při plánování se vychází z potřeb a přání klienta, vše je postaveno na jeho schopnostech, předpokladech a vlohách. Při všech činnostech se dodržují zásady správné komunikace a etiky.

Zdravotní péče

Zdravotní péče zahrnuje tyto ošetrovatelské výkony: aplikaci injekcí, asistenci při ohledání zemřelého, asistenci při ordinaci ošetrující lékařky, zajišťování vyšetření u odborných lékařů, cévkování ženy, evidenci diabetiků a návykových látek, inhalace, klyzma, měření fyziologických funkcí, objednávání a dávkování léků, odsávání, odběry biologického materiálu, odběry moče, sputa, stolice, převazy, resuscitace, výtěry z krku, výplach močového měchýře.

Zdravotní sestra vypisuje zdravotní dokumentaci při příjmu klienta do zařízení. Předává informace další službě, hlídá změnu zdravotního stavu klientů. Snaží se udržet nebo zlepšit stav a prodloužit život klienta. Poskytuje terminální péči umírajícímu klientovi. Lékař navštěvuje zařízení 1x týdně.

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče zahrnuje tyto výkony: aktivity pro klienty, aplikace inzulínu, hygienickou péči, pomoc při nákupech, péči o permanentní katetr, péči o umírajícího, péči o vyprazdňování, podávání jídla, léků, péči o zemřelého.

Ošetrovatelka pomáhá s úklidem osobních věcí klienta. Předává získané informace. Provádí ošetrovatelské výkony na základě individuálního plánu a stanovení zdravotní sestry. Jsou popsány postupy v provádění ošetrovatelské péče, kde se sleduje důvod, projevy, cíl péče, realizace péče. Jedná se o tyto diagnózy: agresivita, bolest, diabetes mellitus, dušnost, imobilizační syndrom, porucha celistvosti kůže, průjem, riziko vzniku infekce, poruchy spánku, tělesná teplota-hypertermie, porucha výživy - snížený příjem potravy, zácpa, zvracení.

Rehabilitační péče

Rehabilitační péče zahrnuje tyto výkony: aktivní cvičení-na pokoji klienta nebo v tělocvičně, aplikaci tepla a rašelinových zábalů, magnetoterapii, masáže, vířivku, polohování klientů.

Jedna rehabilitační pracovnice poskytuje péči zahrnující výkony ordinované ústavní lékařkou a zdravotní sestrou na základě ošetřovatelských diagnóz.

Sociální péče

Je zpracována Metodika pracovních postupů: vyhledávání a přijímání nových klientů, ukončení jejich pobytu, agenda při nástupu klienta do zařízení, ukončení pobytu při úmrtí, či odchodu do soukromí, evidence žádostí do zařízení, evidence vkladních knížek klientů, sociální šetření, vedení dokumentace klienta, uzavírání smluv o poskytnutí sociální péče, vydávání pozůstalosti, sociálně aktivizační činnosti. Dvě sociální pracovnice jsou v denním kontaktu s klienty a pomáhají s řešením jejich různých problémů. Zastupují je při jednání na úřadech.

Zařízení má zpracované tyto Standardy poskytování sociální služby: jednání se zájemcem o službu, plánování a průběh služby, stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby, nouzové a havarijní situace, ochrana práv klientů (Příloha č. 6), smlouva o poskytování sociálních služeb, dokumentace o poskytování sociální služby.

Individuální plánování

V souladu se zněním Standardů kvality sociálních služeb je nutné plánování služby provádět „společně s osobou“ a „s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby“.

Získáváme informace od každého uživatele a zjišťujeme jeho potřeby způsobem, který je adekvátní jeho individuálním komunikačním schopnostem.

Plán odpovídající skutečným potřebám a cíli uživatele je možné vypracovat pouze tehdy, pokud je mezi uživatelem a pracovníkem profesionální vztah založený na důvěře. Ta je kromě jiného dána fyzicky i psychosociálně bezpečným prostředím pro uživatele i pracovníka.

V závislosti na dohodnutém cíli je pak naplánován postup, jakými způsoby tohoto cíle bude dosaženo. Dále jsou identifikována rizika, zisky a ztráty plynoucí z této změny.

Toto úzce souvisí s celým životním stylem uživatele, s jeho hodnotami a idejemi. Znakem dobře stanoveného cíle spolupráce je jeho měřitelnost. Vyjasnění znaků, dle kterých poskytovatel i uživatel rozpozná, že bylo dosaženo cíle.

Cíl musí být pro uživatele významný, aby uživatel aktivně spolupracoval při jeho naplňování. Pracovník pomáhá zvyšovat sebevědomí uživatele v jeho úsilí dosáhnout cíle.

Cíl nemusí být rozvojový. Někteří uživatelé sociálních služeb nemají zájem nebo možnost (např. vzhledem ke zhoršování zdravotního stavu) se prostřednictvím sociální služby dále rozvíjet, zlepšovat svou sociální situaci nebo soběstačnost. Cíl nemusí znamenat výraznou změnu a může být velmi malý. Mít jasně formulované cíle a očekávání od služby není povinností člověka využívajícího služby.

Osobní cíl lze v oblasti sociálních služeb definovat jako cokoli, na čem se poskytovatel, resp. pracovník, a uživatel dohodnou v procesu individuálního plánování, a co je v souladu s posláním a cíli služby.

Pro každého uživatele služeb je stanoven klíčový pracovník, který vede písemný záznam ve formě individuálního plánu. Plán se stanoví na dobu 1 roku. Požadavky z individuálního plánu jsou přístupné, po písemné dohodě s klientem, všem pracovníkům, kteří podporu poskytují.

Ochrana práv klientů

Uživatel je respektován především jako občan a jako dospělá osoba. Jedním z hlavních ukazatelů kvality služby je naplňování práv uživatelů. Ochrana práv klientů je úkolem každého pracovníka.

Cíle

- Respektovat základní lidská práva uživatelů služeb, které vyplývají z Listiny základních práv a svobod, mezinárodních úmluv a platných právních předpisů.
- Respektovat potřeby, připomínky a požadavky uživatelů v souladu s domácím řádem a vnitřními pravidly zařízení.

Vnitřní předpisy:

- stanoví pravidla a postupy pro řešení situací
- zajišťují efektivní poskytování služby v souladu s právními předpisy
- poskytují větší jistotu personálu i uživatelům služby
- pomáhají při dokazování odpovědnosti za škodu
- umožňují jednodušší orientaci uživatelům služby
- umožňují podrobnější zakotvení vzájemných práv a povinností poskytovatele a uživatelů
- poskytují vodítka pro řešení komplikovaných situací.

Zařízení podporuje:

Právo na osobní svobodu a svobodu pohybu

- nikdo by neměl být nucen žít na určitém místě proti své vůli
- důležitá je svoboda pohybu v zařízení i mimo něj
- možnost rozhodovat o svém čase a sobě samém

Právo na ochranu soukromí

- nedotknutelnost svého obydlí, možnost si zamknout svůj pokoj
- možnost si vybavit a vyzdobit svůj příbytek

Právo na nedotknutelnost osoby

- rozhodovat o svém vzhledu
- respekt osobní důstojnosti

Právo na osobní a rodinný život

- právo účastnit se společenského života
- právo na partnerský a sexuální život
- právo na kontakt s rodinou

Právo na důstojné zacházení

- důstojné zacházení přiměřené věku jedince

Právo svobodně se rozhodovat a právo na přiměřené riziko

- v rámci ochrany práv klientů existuje zpracovaný seznam oblastí možného porušování práv klientů s pracovními postupy: uzamykatelné prostory, stěhování klientů, zajištění soukromí při provádění ošetrovatelských úkonů, noční kontroly, vstup do soukromí klientů, přístup ke klientům, nákupy, hospodaření s penězi klientů, výplata peněz klientům, svobodný pohyb, oslovování, stížnosti, ochrana osobních údajů, doručování pošty, náboženské vyznání, ochrana před zneužíváním, uložení osobních dokladů.
- každý má právo na přiměřené riziko. Rizikové situace jsou nedílnou součástí života, jde o zkušenosti potřebné při orientaci, udržování sebevědomí, zodpovědnosti atd. Z těchto důvodů není úkolem sociální služby ze života klientů odstranit všemožné rizikové situace.

Právo vlastnit majetek

- fakticky nakládat se svým majetkem

Právo na práci a odměnu za práci

- zapojení do společnosti zvyšuje nejen příjem, ale také sebeúctu a sociální začlenění klienta

Právo si stěžovat

- podání stížnosti nesmí být na újmu tomu, kdo ji podal
- mlčenlivost pracovníků, jasně a srozumitelně stanovená pravidla při stížnostním postupu

Stížnostním nástrojem jsou schránky umístěné v jednotlivých klubovnách oddělení. Své názory mohou klienti projevit na pravidelných stravovacích komisích, na schůzích klientů domova.

Smlouva o poskytování sociálních služeb stanoví všechny podmínky, za kterých budou služby v zařízení poskytovány, jasně udává práva a povinnosti smluvních stran a ceny, za jaké budou služby provedeny.

Prezentace Domova důchodců Jablonecké Paseky (Příloha č. 7 na CD)

3.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Zkoumaný vzorek tvoří klienti Domova důchodců Jablonecké Paseky. Klienti tu žijí celoročně. Z důvodu špatného zdravotního stavu využívají klienti služby ubytovací, stravovací, sociální a zdravotní péči. Průzkum probíhal formou rozhovoru po dobu 2 měsíců – od září do října 2009.

Rozsah výběru je 40 klientů. Osloveni byli senioři - ženy i muži, ležící i pohybliví. Kritériem pro výběr byla jejich schopnost verbální komunikace. Všechny 40 oslovených klientů ochotně odpovídalo.

*Tabulka č. 1: Popis zkoumaného vzorku – **POHLAVÍ***

	Četnost	%
MUŽI	14	35 %
ŽENY	26	65 %
Celkem	40	100 %

Celkový počet respondentů je 40 (tj. 100 %). Z toho 14 (tj. 35 %) respondentů jsou muži a 26 (tj. 65 %) jsou ženy.

*Tabulka č. 2: Popis zkoumaného vzorku – **VĚKOVÉ ROZLOŽENÍ***

	Četnost	%
60-74	9	22,5 %
75-89	26	65 %
nad 90	5	12,5 %
Průměrný věk		81 let

Věkový průměr celého zkoumaného souboru je 81 let. Nejmladší respondent má 60 let, nejstarší 94 let. Do skupiny „rané stáří“ spadá 9 respondentů (tj. 22,5 %), do skupiny „pravé stáří“ 26 respondentů (tj. 65 %) a do skupiny „dlouhověkost“ spadá 5 respondentů (tj. 12,5 %).

Tabulka č. 3: Popis zkoumaného vzorku – **VZDĚLÁNÍ**

	Četnost	%
Neukončené základní	4	10 %
Základní	10	25 %
Střední bez maturity	17	42,5 %
Střední s maturitou	7	17,5 %
Vysokoškolské	2	5 %

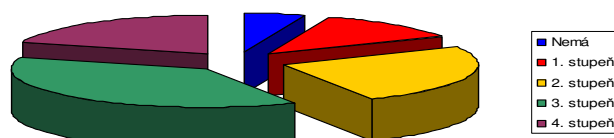
17 (tj. 42,5 %) respondentů má střední vzdělání bez maturity. Základní vzdělání absolvovalo 10 (tj. 25 %) respondentů. Střední vzdělání s maturitou má 7 (tj. 17,5 %) z celkového počtu respondentů. Neukončené vzdělání mají 4 (tj. 10 %) respondenti a nejméně 2 (tj. 5 %) mají vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 4: Popis zkoumaného vzorku – **RODINNÝ STAV**

	Četnost	%
Svobodný/á	3	7,5 %
Ženatý/á	5	12,5 %
Rozvedený/á	4	10 %
Vdovec/vdova	28	70 %

Ze všech respondentů uvedlo 28 (tj. 70 %) rodinný stav vdovec/vdova, dalších 5 (tj. 12,5 %) uvedlo stav ženatý/vdaná. Rozvedení respondenti byli 4 (tj. 10 %) a svobodní 3 (tj. 7,5 %).

Graf č. 1: **PŘÍSPĚVKY NA PÉČI**



Tabulka č. 5: Popis zkoumaného vzorku – **PŘÍSPĚVEK NA PÉČI**

	Četnost	%
Nemá	2	5 %
1. stupeň	5	12,5 %
2. stupeň	10	25 %
3. stupeň	15	37,5 %
4. stupeň	8	20 %

Pouze 5 % klientů nepobírá žádný příspěvek na péči.

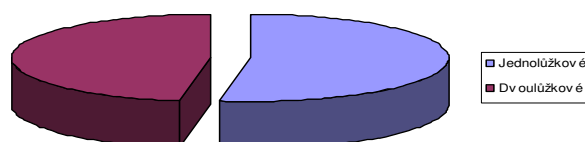
Nejméně klientů (12,5 %) pobírá 1. stupeň příspěvku na péči, tj. 2 000,- Kč.

2. stupeň příspěvku na péči pobírá 25 % klientů, tj. 4 000,- Kč.

Nejvíce klientů (37,5 %) pobírá 3. stupeň příspěvku na péči, tj. 8 000,- Kč.

4. stupeň příspěvku na péči pobírá 20 % klientů, tj. 12 000,- Kč.

Graf č.2 - **POKOJE**



Tabulka č. 6: Popis zkoumaného vzorku – **POKOJE**

	Četnost	%
Jednolůžkový pokoj	21	52,5
Dvoulůžkový pokoj	19	47,5

Jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje jsou zastoupeny rovnoměrně. Na jednolůžkovém bydlí 52,5 %. Na dvoulůžkovém 47,5 %.

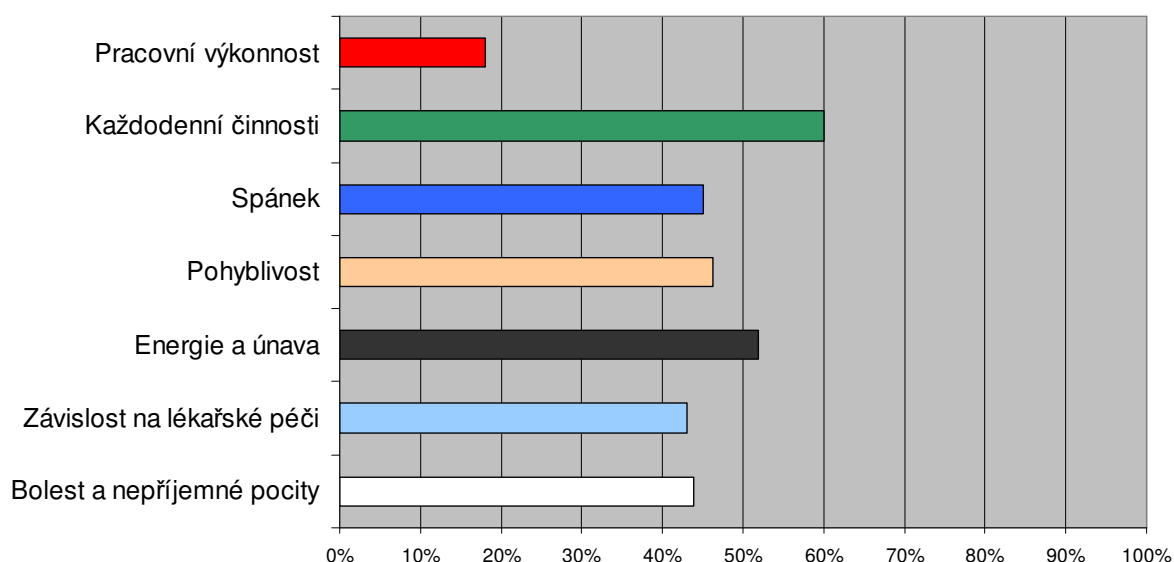
3.4 Výsledky a jejich interpretace

Komentáře k otázkám v dotazníku poskytlo 32 klientů.

Tabulka č. 7: *Spokojenost s kvalitou života v oblasti fyzického zdraví*

	Škála	%
Bolest a nepříjemné pocity	11	43,8 %
Závislost na lékařské péči	10,9	43,1 %
Energie a únava	12,3	51,9 %
Pohyblivost	11,4	46,3 %
Spánek	11,2	45 %
Každodenní činnosti	13,6	60 %
Pracovní výkonnost	6,9	18,1 %

Graf č.3 – Grafické znázornění *spokojenosti s kvalitou života v oblasti fyzického zdraví*



V této doméně jsou klienti nejvíce spokojeni s položkou „**každodenní činnosti**“. Hodnota činí 60 %. Subjektivní spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti v péči o sebe má velký vliv na kvalitu života. Čím nižší je závislost na pomoci ostatních, tím vyšší je kvalita života.

Nadpoloviční spokojenost 51,9 % je s položkou „**energie a únava**“. Klienti pociťují dostatek energie plnit úkoly denního života. Volný režim bez pracovního zapojení nepřináší tolik únavy, klienti se cítí odpočatí a soustředí energii na svoji sebeobsluhu.

Nejmenší spokojenost je s „**pracovní výkonností**“. Hodnota činí 18,1 %. Schopnost pracovat je omezena vyšším věkem, různými druhy onemocnění - zvláště pohybového aparátu. Práci klientům nahrazují aktivizační činnosti pořádané zařízením.

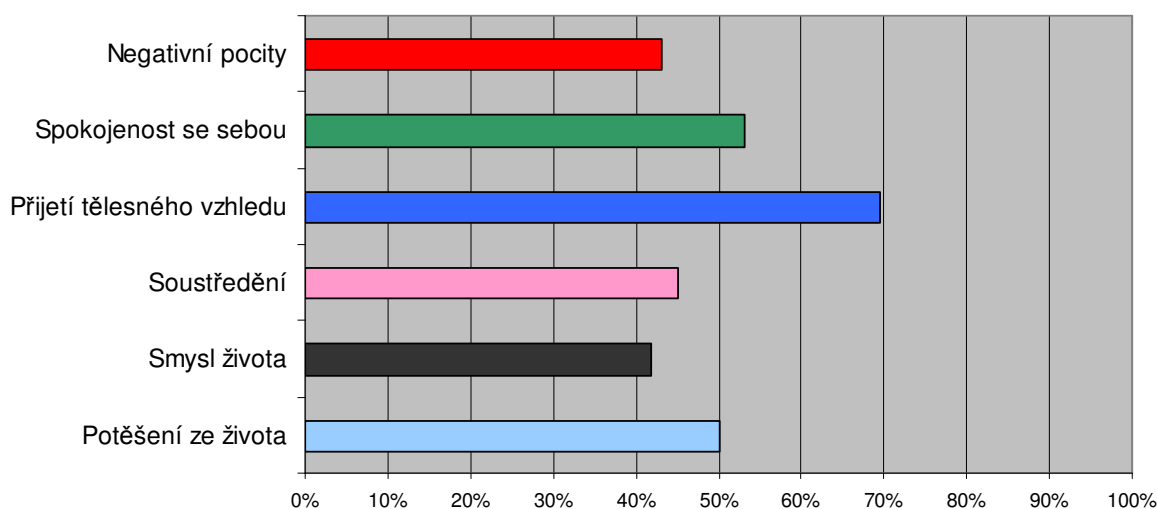
Spokojenost s položkou „**bolest**“ a na ni závislá „**potřeba lékařské péče**“ je pod 50 %. Bolest je častým příznakem chorob ve stáří, hlavně u pohybového aparátu. Bolest omezuje „**pohyblivost**“ klienta a přináší potíže se „**spánkem**“. Aby mohli být klienti aktivní, je třeba bolest tlumit dle rad lékaře.

Mezi nejčastější problémy se spánkem klienti uvádějí – noční potřeba toalety, po probuzení nelze kvůli bolesti znovu usnout, prášky na spaní nezabírají, rušení spánku spolubydlícím. Důsledkem je, že klienti „dohánějí“ spánek přes den. Klientům naopak pomáhá kvalitní polohovací postel, používání špuntů do uší a individuální rituály před spaním.

Tabulka č. 8: Spokojenost s kvalitou života v oblasti prožívání

	Škála	%
Potěšení ze života	12	50 %
Smysl života	10,7	41,9 %
Soustředění	11,2	45 %
Přijetí tělesného vzhledu	15,1	69,4 %
Spokojenost se sebou	12,5	53,1 %
Negativní pocity	10,9	43,1 %

Graf č. 4: Grafické znázornění spokojenosti s kvalitou života v oblasti prožívání



Pozitivní vliv na prožívání má „**přijetí tělesného vzhledu**“ – hodnota činí 69,4 % a „**spokojenost se sebou**“ – hodnota činí 53,1 %. Klienti jsou převážně smíření s tím, jak vypadají. Přijímají své nedostatky jako součást přirozených změn vyplývajících ze stárnutí člověka. Ví, na co stačí jejich možnosti a v čem potřebují pomoc od druhých. Váží si zachovaných schopností. Psychická pohoda je přirozenou potřebou člověka.

Hodnota spokojenosti s položkou „**smysl života**“ činí 41,9 %. Nižší hodnota ukazuje, že ve vyšším věku je těžší hledat smysl života. O to více je potřeba klientům poskytovat podporu v duchovní oblasti, jejich osobní víře. Povzbuzovat pozitivní životní pocity a dodávat jim pocit bezpečí a sounáležitosti. Říčan (2006, s. 357) ve své knize uvádí, že osobní víra a jednání v souladu s ní prokazatelně mírní a pomáhá nést nejrůznější těžkosti, opuštěnost, bolest, úzkost, strach ze smrti.

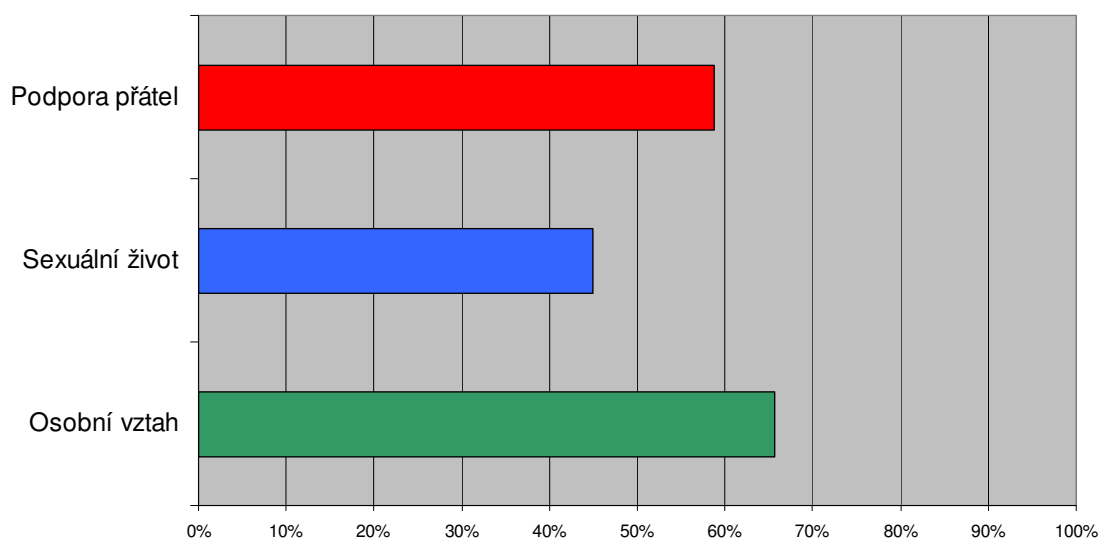
Spokojenost s položkami „**potěšení ze života**“, „**soustředění**“ a „**negativní pocity**“ je pod 50 %. Pozitivní pocity spokojenosti a klidu střídají pocity smutku a úzkosti. Soustředit myšlenky je obtížnější.

Mezi negativní pocity nejčastěji patří – úzkost, rozmrzelost, beznaděj, pocit zbytečnosti, tíseň. Tyto pocity přicházejí hlavně v noci. Přes den se klienti snaží tyto myšlenky nepřipouštět. Některým pomáhají dopisy od rodiny a známých, hezké vzpomínky na minulost, procházky a návštěvy kulturních akcí.

Tabulka č. 9: Spokojenost s kvalitou života v oblasti sociálních vztahů

	Škála	%
Osobní vztah	14,5	65,6 %
Sexuální život	11,2	45 %
Podpora přátel	13,4	58,8 %

Graf č. 5: Grafické znázornění *spokojenosti s kvalitou života* v oblasti *sociálních vztahů*



Do položky „**osobních vztahů**“ klienti zahrnovali své rodinné příslušníky.

Klienti hodnotí sociální vztahy s rodinnými příslušníky jako funkční. Hodnota spokojenosti činí 65,6 %. Rodina jim dodává pocit citového zázemí, jistoty a bezpečí.

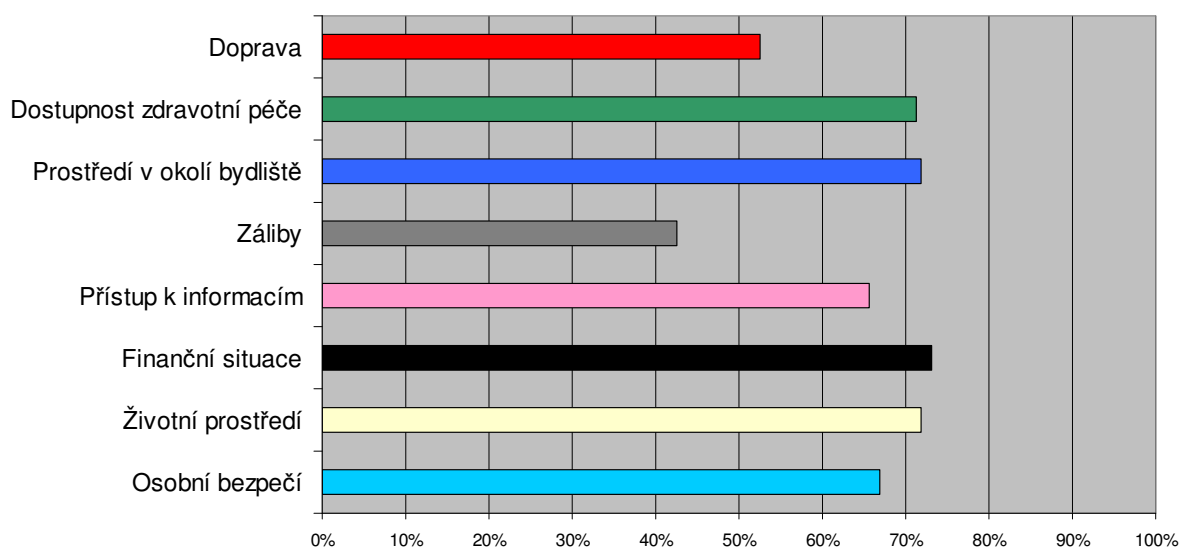
Podporu klientům poskytují i přátelé a známí. Hodnota spokojenosti s „**podporou přátel**“ činí 58,8 %. Sociální kontakty s okolím snižují pocit samoty a izolace.

Spokojenost se „**sexuálním životem**“ je dle průzkumu 45 %. Přístup k sexualitě je u klientů ovlivněn výchovou, osobním postojem i životními zkušenostmi. Sexualita je přirozená v každém věku. Zásadní je postoj k sexu a ochota řešit obtíže. Drtivá většina klientů v domově pro seniory žije sama, bez partnera. Sexuální chování však zahrnuje i důvěrný hovor, dotečky apod. Přibyly jednolůžkové pokoje. Klient si může zvát návštěvy dle svého přání. Partnerským dvojicím je umožněno bydlet pohromadě. Touha uspokojovat tuto životní potřebu je ovlivněna samotou a zdravotními omezeními. Ale to neznamená, že by se tím snižovala kvalita života klientů v zařízení. Naopak, klienti berou tento fakt spíše nadhledem.

Tabulka č. 10: *Spokojenost s kvalitou života* v oblasti *prostředí*

	Škála	%
Osobní bezpečí	14,7	66,9 %
Životní prostředí	15,5	71,9 %
Finanční situace	15,7	73,1 %
Přístup k informacím	14,5	65,6 %
Záliby	10,8	42,5 %
Prostředí v okolí bydliště	15,5	71,9 %
Dostupnost zdravotní péče	15,4	71,3 %
Doprava	12,4	52,5 %

Graf č. 6: Grafické znázornění *spokojenosti s kvalitou života* v oblasti *prostředí*



Otázka: „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ byla často přeformulována na otázku: „Máte vše, co potřebujete, a jistotu, že o Vás bude v případě potřeby postaráno?“

Otázka: „Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?“ byla často přeformulována na otázku: „Jak Vám prospívá prostředí v domově?“

Doména „**prostředí**“ zahrnuje širokou škálu oblastí, které přispívají k dobré pohodě klienta. Největší spokojenost z oblastí uvedených v tabulce č. 10 je s položkou „**finanční situace**“. Hodnota činí 73,1 %. Dle zákona musí klientovi po zaplacení úhrady za pobyt a stravu zůstat minimálně 15 % z příjmů. Pokud mají klienti zabezpečeny základní potřeby, jsou jejich ostatní nároky většinou nízké. Výraznější položkou je platba za léky. Životní úroveň v domově pro seniory jim plně vyhovuje a oni vystačí se svými příjmy. Častým jevem je snaha peníze spíše ušetřit, což odpovídá jejich dřívějšímu životnímu stylu. U starších lidí hodnota peněz ztrácí na velkém významu, do popředí se dostávají jiné hodnoty. Raději by peníze vyměnili za zdraví.

Možnost věnovat se zálibám je omezena. Hodnota spokojenosti s položkou „**záliby**“ činí 42,5 %. Nejčastěji klienti sledují televizní programy, poslouchají rádio a procházejí se. Omezení vyplývá ze špatného zdravotního stavu. Jde především o zhoršení smyslového vnímání klientů. Narušen je zrak, sluch i jemná motorika. Myšlení je pomalejší a horší se paměť. Mezi nejčastější dřívější záliby klientů patřila – četba, sledování televize, zahrádkaření, ruční práce, cestování, kulturní akce, péče o děti.

Kvalitu života snižuje i nedostupnost používat v případě potřeby dopravní prostředek. Hodnota spokojenosti s položkou „**doprava**“ činí 52,5 %. Jízda autobusem i vlakem je pro

klienty fyzicky náročná. Mají omezenou pohyblivost a sníženou koncentraci myšlení, tolik potřebnou pro cestování.

Přibližně 75 % spokojenost je s položkami „**životní prostředí**“, „**prostředí v okolí bydliště**“, „**dostupnost zdravotní péče**“. Nadpoloviční spokojenost je i s položkami „**osobní bezpečí**“ a „**přístup k informacím**“. Zařízení se řídí Standardy kvality sociálních služeb, které zaručují ochranu soukromí, důstojné zacházení. Položka „**osobní bezpečí**“ zahrnuje i kompenzační pomůcky, které zajišťují ochranu před pádem při výkonu běžných denních činností v rámci sebek péče a sebeobsluhy. Klienti využívají např. noční lampičku pro lepší orientaci, hrazdičku u lůžka, madla v koupelně a na WC, sedačku do vany, protiskluzovou podložku, nástavec na WC, chodítka, invalidní vozík, měkké materiály k vypodložení bolestivých tělesných partií, ochranné krémy na ohrožená místa těla, Klienti mají možnost se seznámit s vnitřními pravidly zařízení, domovním řádem. Informace získávají 2x měsíčně na stravovací komisi, schůzích Rady klientů. Pravidelné informace jsou zveřejňovány v měsíčníku domova.

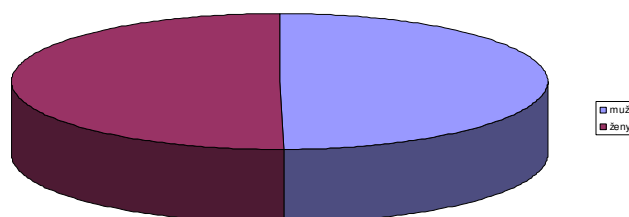
Zařízení poskytuje běžnou lékařskou péči a kontakty na odborné vyšetření. Pokud nemají nárok na sanitu, musí si klienti zajistit dopravu sami.

Domov je nově zrekonstruován, leží v klidném a čistém prostředí.

Tabulka č. 11: Spokojenost s kvalitou života

	Škála	%
celkem	13,8	61,3 %
z toho muži	13,7	60,7 %
ženy	13,8	61,5 %

Graf č.7: Grafické znázornění spokojenosti s kvalitou života



Hodnota spokojenosti s položkou „**kvalita života**“ činí 61,3 %. Poměr pohlaví je stejný. Vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu pokládají klienti svůj život v domově pro seniory za vyhovující a za dobré řešení dané situace. Kvalita života v domově pro seniory závisí na kvalitě personálu a vybavení domova. Stále je potřeba přizpůsobovat službu potřebám klientů, pokud to není v rozporu s posláním a cíli zařízení.

Vágnerová (2007, s.399) ve své knize potvrzuje, že obecně kvalita života ve stáří spíše klesá. Kvalita života ve stáří a s ní související subjektivní pocit pohody je individuálně rozdílný. Pro kvalitní život je důležité udržení přijatelného životního stylu, to znamená zachování autonomie a soběstačnosti, znovuvytvoření sociálních kontaktů a vztahů, sebeúcta a osobní význam.

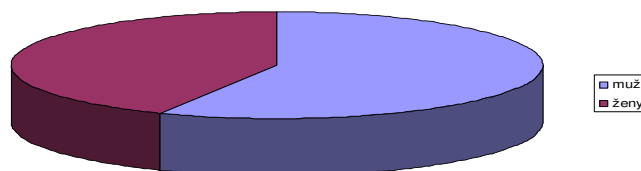
Subjektivní pohodu ovlivňují zátěžové situace:

- nemoc a úmrtí partnera
- zhoršení zdravotního stavu
- ztráta jistoty soukromí. (Vágnerová, 2007, s.399)

Tabulka č. 12: Spokojenost se zdravím

	Škála	%
celkem	11,9	49,4 %
z toho muži	13,4	58,9 %
ženy	11,1	44,2 %

Graf č. 8: Grafické znázornění spokojenosti se zdravím



Hodnota spokojenosti s položkou „**zdraví**“ činí 49,4 %. Více jsou spokojeni muži.

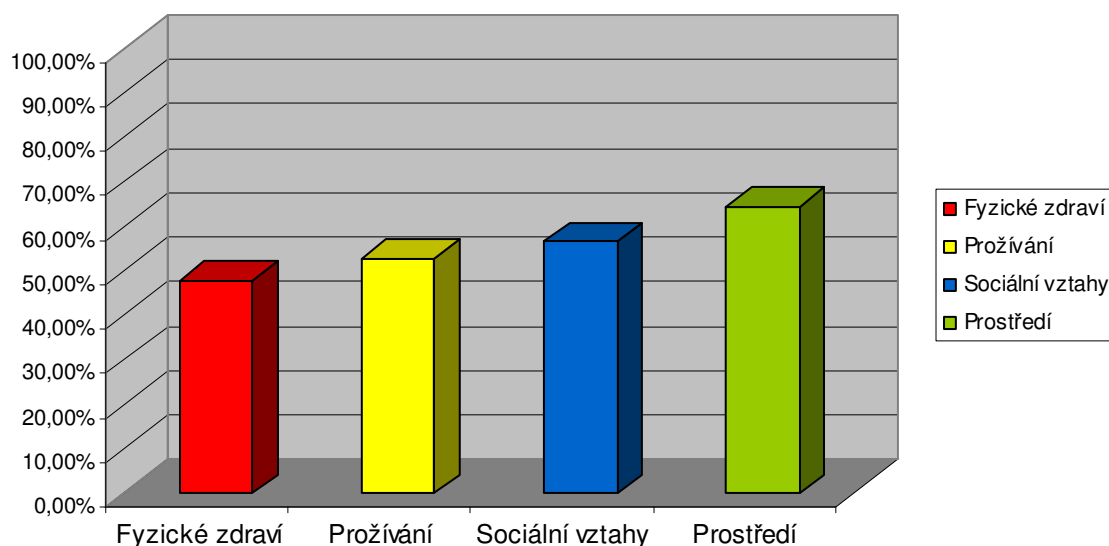
Pravděpodobně proto, že méně vnímají negativní dopady zhoršeného zdraví na vykonávání každodenních činností. Tolik jim nevadí závislost na pomoci druhých.

Klienti jsou si vědomi toho, že zdraví se s věkem zhoršuje. Jejich nároky klesají.

*Tabulka č. 13: Výsledky hodnocení **celkové spokojenosti s kvalitou života** u klientů žijících v domově pro seniory*

	Škála	%
Fyzické zdraví	11,6	47,7 %
Prožívání	12,4	52,7 %
Sociální vztahy	13	56,4 %
Prostředí	14,3	64,4 %

*Graf č. 9 - Grafické znázornění výsledků hodnotících **celkovou spokojenost s kvalitou života** u klientů žijících v domově pro seniory*



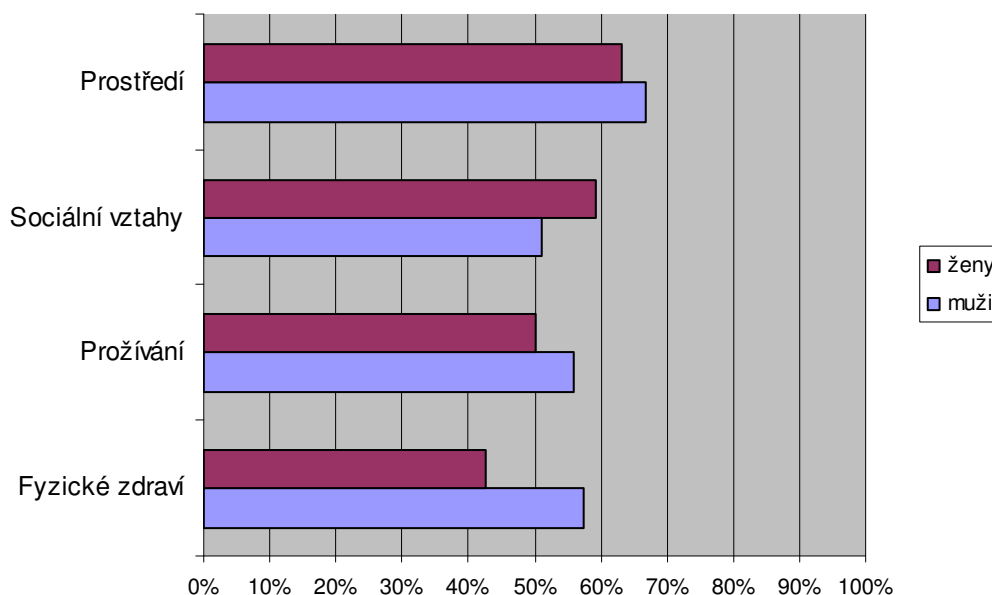
Největší spokojenost je s doménou „**prostředí**“. Hodnota činí 64,4 %.

Hodnota spokojenosti s doménou „**fyzické zdraví**“ činí 47,7 %.

Spokojenost s doménou „**prožívání**“ činí 52,7 %.

Spokojenost s doménou „**sociální vztahy**“ činí 56,4 %.

Graf č. 10: Grafické znázornění celkové spokojenosti s kvalitou života dle genderového hlediska



Muži a ženy vnímají kvalitu svého života různě. Muži nejvíce pociťují ztrátu či ochuzení v sociálních vztazích. Méně vyhledávají nová přátelství v domově pro seniory.

Ženy trápí především špatné zdraví a z toho vyplývající negativní pocity v prožívání, horší sebedůvěra. Obě pohlaví se shodují v uznání kvalitního prostředí, ve kterém žijí.

3.4.1 Ověření stanovených předpokladů

Předpoklad č. 1: Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti zdraví je 15 %.

Z tabulky č. 13 a grafu č. 9 vyplývá, že spokojenost s kvalitou života v oblasti zdraví je 47,7 %. Klienti si uvědomují, že vyšší věk sebou přináší nemoci a zdravotní omezení. Stárí je spojeno se sdružováním nemocí – polymorbiditou.

Své zdraví hodnotí s nadhledem, berou stav takový jaký je. Vědí, že zlepšení většinou není možné. Váží si svých zachovalých schopností, proto se subjektivní kvalita jejich života tolik nesnižuje.

Dle Vágnerové (2007, s. 402) není pro kvalitu života starého člověka rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale spíše stupeň funkčního postižení, které z ní vyplývá. Jde především o zachování soběstačnosti a přijatelného pocitu pohody. (Vágnerová, 2007, s. 402)

První předpoklad považuji za **nepotvrzený**.

Předpoklad č. 2: Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti prožívání je 15 %.

Z tabulky č. 13 a grafu č. 9 vyplývá, že spokojenost s kvalitou života v oblasti prožívání je 52,7 %. Klienti jsou spokojeni sami se sebou. Uvědomují si své nedostatky, ale berou je jako přirozenou součást svého života. Nehodnotí svůj tělesný vzhled, ale důraz kladou na hodnoty klidu, bezpečí a jistoty, které jim domov poskytuje.

Zjištěný výsledek průzkumu, nadpoloviční spokojenost klientů, podporuje ve své knize i Vágnerová (2007, s.338). Ve stáří se nemusí výrazně snižovat pozitivní emoční ladění. Starší lidé bývají v hodnocení svého života i ve svých nárocích umírněnější, neočekávají příliš mnoho. Pocit pohody je subjektivní a tudíž závislý na způsobu interpretace vlastní situace. Starší lidé už necítí potenciál k dalšímu rozvoji a zaměřují se spíše na udržení aktuálního stavu. Rádi by se vyhnuli nepříjemnostem a větším ztrátám. Snaží se o udržení pozitivního ladění, ve smyslu eliminace negativních emocí. (Vágnerová, 2007, s.338)

Druhý předpoklad považuji za **nepotvrzený**.

Předpoklad č. 3: Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti sociálních vztahů je 50 %.

Z tabulky č. 13 a grafu č. 9 vyplývá, že spokojenost s kvalitou života v oblasti sociálních vztahů je 56,4 %. Kvalitní personál nahrazuje chybějící rodinné vztahy. Vztah je založen na důvěře, ochotě naslouchat a pomoci.

Klientům je umožněna komunikace s příbuznými, partnery a přáteli. Přijímání návštěv je časově neomezeno. Návštěvy lze přijímat kdekoli – na pokoji, venku, v zákoutích s posezením na chodbách. Partnerský život je zajištěn prostřednictvím dvoulůžkových pokojů. Domov rovněž spolupracuje s dobrovolníky.

Třetí předpoklad považuji za **potvrzený**.

Předpoklad č. 4: Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou života v oblasti prostředí je 75 %.

Z tabulky č. 13 a grafu č. 9 vyplývá, že spokojenost s kvalitou života v oblasti prostředí je 64,4 %. Nově zrekonstruované pokoje splňují podmínky kvalitního bydlení. Přibýly jednolůžkové pokoje a koupelny přímo na pokojích. Vybavení je moderní, bezbariérové, uzpůsobené pro seniory. Výhodou je domácí prostředí a okolní příroda.

Budovy jsou vybaveny standardními výtahy a výtahy pro lůžko. Na každém pokoji je signalizační systém.

Pokoje zaručují dostatek soukromí všem klientům. Dvoulůžkové pokoje mají posuvné zástěny, všechny pokoje jsou vybaveny zámky jak u vstupních dveří, tak i u nočního stolku. Do domova je možné si přinést oblíbené věci včetně drobného nábytku, např. křeslo, lampu apod.

Čtvrtý předpoklad považuji za **potvrzený**.

4 Závěr

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit spokojenost klientů s kvalitou života v Domově důchodců Jablonecké Paseky. Jak domov pro seniory napomáhá klientům při získávání a udržování kvality jejich života. Co klientům chybí nebo co jim naopak vyhovuje. Průzkum byl prováděn ve prospěch klientů.

Informace byly získávány ze standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL-BREF, který zachycuje subjektivní pohled jedince na svou životní situaci v oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Dalším zdrojem informací byla analýza dokumentů domova pro seniory a komentáře k dotazníkům.

Ze 70 klientů domova pro seniory se průzkumu zúčastnilo 40 osob. Klienti vyjádřili uspokojení, že vyplňování dotazníku je přinutilo přemýšlet o svých pocitech a vyjádřit svůj názor.

Spokojenost klientů Domova důchodců Jablonecké Paseky s kvalitou jejich života je u žen i mužů 60 %. Kvalita života ve stáří klesá, ale nemá zásadní vliv na prožívání klientů. Typickým příznakem stáří je horší zdravotní stav. Spokojenost se svým zdravím je u mužů 58,9 % a u žen 44,2 %. Více než špatné zdraví ovlivňuje kvalitu života následná nesoběstačnost. Do domova pro seniory nastupují klienti se stále horším zdravotním stavem. Tento stav zvyšuje jejich závislost na péči druhé osoby. Pobírají převážně třetí stupeň příspěvku na péči. Pocit jistoty a bezpečí jim poskytují kvalitní sociální služby v zařízení. Služby jsou přizpůsobeny možnostem klienta, vycházejí z jeho potřeb, usilují o udržení stávajících kompetencí. Pro klienty je důležité zachování sociálních vztahů s rodinou a známými. Prostředí domova jim plně vyhovuje.

Úplná ošetrovatelská péče zahrnuje – pomoc s hygienou, koupáním, oblékáním, podávání jídla a pití, polohování, doprovod, pomoc při sociálně aktivizačních činnostech.

Zařízení poskytuje klientům cílenou, aktivizující, léčebnou rehabilitaci, na které se podílí celý tým (sestry, ošetrovatelé, rehabilitační pracovníci).

V domově je zajištěna lékařská péče. Jednou týdně ordinuje praktický lékař přímo v zařízení. Nově nastupující klienti mění svého obvodního lékaře a přechází pod péči ústavního lékaře. Klient je k této okolnosti nucen neochotou původního lékaře dojíždět v případě potřeby do domova pro seniory. Dopravu k lékaři si musí klient zajistit sám bez možnosti využití služebního automobilu.

Někteří klienti pociťovali častější potřebu lékařské péče. Díky tomu by mohly být včasněji řešeny bolestivé stavy, které zhoršují kvalitu života.

Zdravotní a ošetrovatelský personál hodnotí klienti jako starostlivý a pečlivý. Oceňují doprovody k lékaři sanitou.

Důraz je kladen na individuální přístup. Klienty potěší rozhovor, kdy mají možnost se vypovídat nebo naopak vyslechnout, co je nového. Váží si projeveného zájmu ze strany personálu o jejich pocity, obavy a radosti. Rozhovor vyhovuje také klientům upoutaným na lůžko. Je to někdy jediná možnost jejich rozptýlení, řešení jak získat informace z vnějšku.

Dovednosti potřebné pro individuální přístup a plánování péče jsou specifickými profesními kompetencemi, které je nutné rozvíjet. Zařízení umožňuje další vzdělávání pracovníků v této oblasti.

Prožívání je ovlivněno zhoršeným smyslovým vnímáním a pamětí. Někdy pro klienty bývá těžké se z něčeho radovat. Nálada se často mění, i podle počasí a toho jak se člověk zrovna vyspí. Klienti vnímají nepříznivou politickou situaci ve státě, upozorňují na špatné mezilidské vztahy.

Chybí pravidelná odborná pomoc psychiatra či psychologa. Tuto potřebu ve své knize potvrzuje i Říčan (2006, s. 379): vyrovnávání se smrtí probíhá těžce, nutný je psychoterapeutický přístup, kdy lékař uvaží užití léků tlumících úzkost a depresi. Psychoterapie musí být zaměřena na vývojové úkoly, které jsou pro seniora aktuální, na těžkosti a konflikty jejich věku (Říčan, 2006, s. 342). Důvodem není neochota zařízení tuto službu poskytovat, ale naprostý nedostatek zájmu ze strany odborných lékařů v regionu.

Zařízení podporuje udržení vztahů s příbuznými a přáteli klientů. Návštěvní doba je neomezená, ale nelze v zařízení přespat.

Pro zprostředkování kontaktu klientů se společenským prostředím chybí možnost využívat služební automobil formou fakultativní placené služby.

Domov nemá zřízenou pietní místnost pro důstojné rozloučení se zemřelým.

Zařízení je moderně vybavené. Klienti jsou spokojeni s prostředím, ve kterém žijí. Oceňují čistotu, pořádek, zdravý vzduch a kvalitní úroveň bydlení. Doplnit lze vybavení vnitřních prostor orientačními body pro nevidomé nebo klienty se zhoršeným zrakem.

Prostor pro zlepšení dává okolí domova. Dnes neudržovaný lesopark a vodní nádrž by mohly být prostorem pro procházky klientů v krásné přírodě.

Někteří klienti vlastní mobilní telefony. Na pokoj si lze zavést pevnou telefonní linku na své náklady. Ostatní klienti si mohou zavolat z telefonního aparátu na sesterň. Pro zachování soukromí a možnosti volby klientů by bylo vhodné zřídit veřejný telefonní automat.

Úroveň stravování má velký vliv na kvalitu života. Klientům chybí možnost výběru ze dvou hlavních jídel. Stravování ve společné jídelně by zpříjemnila hudební kulisa.

Sociální pracovnice organizují pro zpestření života klientů domova různé akce. U klientů je nejoblíbenější posezení při kávě a občerstvení, grilování. Klienti oceňují lidský vztah sociálních pracovníků ke klientům, ochotu osobně pomoci. Kromě pravidelných vnitřních aktivit domova jsou zajišťovány rovněž aktivity mimo domov (např. návštěvy divadla, výlety). K dispozici je služební auto, na doprovodech se podílí zaměstnanci domova.

V domově jsou knihovny na jednotlivých klubovnách. Nejoblíbenější činností klientů je četba, poslouchání rozhlasu, sledování televize a procházky.

Pocit pracovního uplatnění nahrazují aktivity pořádané v rámci ergoterapie. Někteří klienti se snaží pomáhat ostatním, jiní trpí prázdnotou svého denního programu, chybí motivace a úsilí k jiné aktivitě.

Klienti mohou navštěvovat pravidelné bohoslužby v prostorách domova pro seniory. Význam víry ve stáří narůstá, pomáhá klientům nalézt smysl života. Říčan (2006, s.358) ve své knize uvádí, že geront, který se v rámci své dlouhodobé náboženské praxe naučil meditovat, lépe snáší samotu, bývá psychicky celkově vyrovnanější a pozitivněji laděný, což přispívá k jeho zdraví a k celkové kvalitě života.

V zařízení jsou klece s ptactvem a akvarijní ryby.

Stanoveného cíle bylo dosaženo. Průzkum poslouží k hodnocení kvality poskytované sociální služby. Jde o naplnění podmínek Standardů kvality sociálních služeb č. 15 - Zvyšování kvality sociální služby. Hodnocení má vést k rozvoji. Úroveň kvalitního života klientů by měla být sledována průběžně, například pomocí klientských anket, ze zpětné vazby dobrovolníků i návštěv zařízení.

Z výsledků průzkumu vyplývají změny ke zlepšení objektivních podmínek pro život klientů v domově pro seniory. Otázkou zůstává, zda má daná organizace dostatek finančních prostředků k realizaci změn.

5 Navrhovaná opatření

1. Lékařská péče

Zdravotní stav má vliv na aktivity a činnosti klientů. Důležitým úkolem lékaře je tlumení bolesti, která zabraňuje klientům vést kvalitní život. Praktický lékař navštěvuje domov pro seniory 1x týdně. Z dotazníku vyplývá častější potřeba konzultace s lékařem. Lékař je pro seniory autorita, které se mohou svěřit se svými problémy. Geriatrický lékař zná specifika chorob ve stáří, kterým je nutné přizpůsobit medikaci.

Navrhuji návštěvy lékaře 2x týdně a v případě potřeby i častěji.

2. Odborná psychiatrická a psychologická péče

Senioři potřebují duševní povzbuzení k nalezení smyslu života. Pro kvalitní život je důležitý rozvoj paměti a schopností se rozhodovat. K tomu je potřeba mít sebedůvěru a být spokojený sám se sebou. Naopak deprese vede k narušení běžných životních funkcí, dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění. Deprese výrazně zhoršuje kvalitu života. Podmínkou léčby je včasné odhalení příznaků.

Dle Venglářové (2007, s.21) patří mezi faktory snižující riziko deprese – zdravotní péče, tvůrčí životní styl, vztahy a komunikace, stimulační prostředí.

Konzultace s psychologem se mohou týkat pocitů osamělosti a dalších negativních pocitů, které často vedou k poruchám spánku. Službu psychologa by mohl využívat i personál.

Psychiatr pomáhá zvládat projevy demence.

Navrhuji intenzivní snahu o získání pravidelných konzultací těchto odborníků přímo v zařízení.

3. Sociální vztahy s rodinou a známými

Sociální vztahy založené na lásce a pochopení dávají životu smysl.

Navrhuji podpořit rozvoj vztahů s rodinou a jinými blízkými osobami. Zřídit místnost pro návštěvy, ve které by mohly v případě potřeby přespat.

4. Dobrovolnická činnost

Dobrovolníci jsou lidé různého věku, kteří ve svém volném čase navštěvují osamělé a nemocné seniory bez nároku na finanční odměnu. Nahrazují seniorům blízkého člověka, vytváří se mezi nimi vztah důvěry. Senioři mají radost, že jim někdo naslouchá. Návštěvy dobrovolníků působí proti pocitům osamělosti, rozvíjí sociální vztahy klienta. Nyní zařízení

organizuje 2x do roka setkání dobrovolníků, na kterém si vymění zkušenosti a převezmou drobný dárek jako poděkování. Zařízení nabízí dobrovolníkům možnost odebrat si oběd v hodnotě 59 Kč a účastnit se jako host kulturních akcí pořádaných domovem pro seniory.

Navrhuji podpořit rozvoj dobrovolnické činnosti zavedením dalších výhod, aktivně seznamovat veřejnost s touto činností. V domově chybí firemní dobrovolníci.

5. Fakultativní služba – doprava klientů

Klienti mají ze zákona nárok na podporu kontaktů se společenským prostředím.

Navrhuji zavést fakultativní službu dopravy za úhradu pro soukromé účely klientů (např. návštěva odborného lékaře, kadeřnice, pedikúry atd.).

6. Rozvoj aktivizačních činností pro klienty.

Negativní pocity, včetně pocitu osamělosti snižují kvalitu prožívání. Aktivita slouží k rozptýlení klientů, kteří se mají na co těšit. Mezi oblíbené činnosti patří individuální rozhovor, poslech hudby, procházky s doprovodem, posezení s občerstvením.

7. Úprava prostředí.

Zařízení poskytuje bezpečné, bezbariérové prostředí.

Zlepšením by mohlo být vytvoření záchytných bodů na chodbách pro lepší orientaci klientů s poruchou zraku. Vytvořit ochranu před nebezpečím pádu ze schodů, např. zvukovou signalizaci pro odhad vzdálenosti.

Zahrnout do plánovaných akcí vybudování odpočinkové zóny v upraveném lesoparku a u přilehlé vodní nádrže.

8. Stravování.

Získat finanční prostředky na rekonstrukci kuchyně a rozšířit nabídku obědů. Tím je klientovi dáno další právo volby na základě své svobodné vůle.

Zpříjemnit chvíle při stravování na společné jídelně hudební kulisou.

9. Zřídit **pietní místnost** pro důstojné rozloučení se zemřelým.

10. Zřídit veřejný **telefonní automat**, který by byl dostupný i pro klienty na vozíku.

6 Seznam použitých zdrojů

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.*

1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. *Měření kvality života v sociální psychiatrii.*

Česká a Slovenská Psychiatrie, 1997, roč. 93, č. 2. ISSN 1212-0383.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* 1. vyd. Praha: Panorama, 1990.

ISBN 80-7038-158-2.

HOGENOVÁ, Anna. *Kvalita života a tělesnost.* Praha: Karolinum, 2002.

ISBN 80-7184-580-90.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory.* 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie.* 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.

ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi.* 1.vyd. Praha: Portál, 2005.

ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby.* 1.vyd. Praha: Portál, 2007.

ISBN 978-80-7367-310-9.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric. Geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-323-8.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PYŠNÝ, Ladislav. *Kvalita života II*. 1.vyd. Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem: Ústav zdravotnických studií, 2008. ISBN 978-80-7414-045-7.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.

STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, *Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1.vyd. Praha: MPSV ČR, 2008.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TVAROH, František. *Všichni stárneme*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1983. Brož.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [on line] Dostupné z:

<<http://www.mpsv.cz/cs/>> [cit. 8.11.2009]

Domov důchodců Jablonecké Paseky. [on-line] Dostupné z:

<<http://www.dd-jablonec.cz>> [cit. 13.10.2009]

7 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL-BREF (viz text – s. 34)

Příloha č. 2: Ceník služeb (viz text – s. 40)

Příloha č. 3: Domácí řád (viz text – s. 40)

Příloha č.4: Fotografická dokumentace sociálně aktivizačních činností seniorů (viz text-s.41)

Příloha č. 5: Organizační schéma (viz text – s. 42)

Příloha č. 6: Ochrana práv klientů (viz text – s. 43)

Příloha č. 7: Prezentace Domova důchodců Jablonecké Paseky na CD (viz text – s. 46)

**KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE
WHOQOL-BREF (KRÁTKÁ VERZE)**

VÁŽENÁ PANÍ, VÁŽENÝ PANE.

TENTO DOTAZNÍK ZJIŠŤUJE, JAK VNÍMÁTE KVALITU SVÉHO ŽIVOTA, ZDRAVÍ A OSTATNÍCH ŽIVOTNÍCH OBLASTÍ. JSOU TO OBLASTI, KTERÉ MOHOU BÝT PRO VÁS JAKO STARŠÍHO ČLOVĚKA DŮLEŽITÉ.

ČESKÁ VERZE DOTAZNÍKU SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE VZNIKLA V PSYCHIATRICKÉM CENTRU PRAHA.

HLAVNÍ KOORDINÁTOROU PROJEKTU JE Ph.Dr. EVA DRAGOMIRECKÁ.

BYLA BYCH VELMI RÁDA, KDYBYSTE MI BYLI NÁPOMOCNI, NAD OTÁZKAMI SE ZAMYSLELI A ODPOVĚĎELI PRAVDIVĚ.

PRŮZKUM JE PROVÁDĚN VE VÁŠ PROSPĚCH. VÝSLEDKY ZPRACOVANÉ NA PODKLADĚ VAŠICH ODPOVĚDÍ POSLOUŽÍ JAKO MATERIÁL PŘI ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE VE VAŠEM DOMOVĚ PRO SENIORY.

DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ.

V ZÁVĚRU MÁTE MOŽNOST VYJÁDŘIT SVOJE JAKÉKOLIV PŘIPOMÍNKY NEBO TŘEBA JEN SVÉ POCITY.

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI.

MAGDALÉNA BÍLKOVÁ, STUDENTKA TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI.

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5

7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5

17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

OSOBNÍ ÚDAJE

POHLAVÍ: MUŽ ŽENA

VĚK: _____ **DOBA POBYTU V DOMOVĚ:** _____

NEJVYŠŠÍ UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ:	POKOJ:
ZÁKLADNÍ	JEDNOLŮŽKOVÝ
STŘEDNÍ BEZ MATURITY	DVOULŮŽKOVÝ
STŘEDNÍ S MATURITOU	S KOUPELNOU
VYSOKOŠKOLSKÉ	BEZ KOUPELNY
NEUKONČENÉ	

RODINNÝ STAV:	VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI:
SVOBODNÝ/Á	2 000,- Kč
ŽENATÝ/VDANÁ	4 000,- Kč
DRUH/DRUŽKA	8 000,- Kč
ROZVEDENÝ/Á	12 000,- Kč
OVDOVĚLÝ/Á	ŽÁDNÝ

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

Příloha č. 2: Ceník služeb (viz text – s. 40)

Domov důchodců Jablonecké Paseky

Ceník služeb od 1.1.2009

Z důchodu hradí klient ubytování a stravu, klientovi musí zůstat alespoň 15% jeho příjmu.

Úhrada ubytování a stravování je stanovena na 1 den a bude účtována podle skutečných dní v měsíci (31,30,28).

V případě pobytu mimo zařízení, kdy klient neodebere žádné jídlo, se účtuje pouze částka za ubytování a provozní náklady na stravu.

Hodnota potravin za celý den se vrací v případě, že klient celodenní stravu řádně odhlásil.

Příspěvek na péči:

Při poskytování pobytových služeb je zákonem o sociálních službách stanovena úhrada ve výši přiznaného příspěvku.

Příspěvek na péči se v případě pobytu mimo zařízení nevrací. Při pobytu v nemocnici po celý kalendářní měsíc není příspěvek na péči vyplácen.

Strava:

	D3,4	D9, speciál		
	racionální žlučnicková	diabetická		
Hodnota potravin	66,-Kč	78,-Kč		
provozní náklady	56,- Kč	56,- Kč		
Náklady na stravu celkem/den:	122,- Kč	134,- Kč		

<u>Ubytování:</u>	1 den	Celkem/den	Celkem/den
		D3,4	D9
Jednolůžkový pokoj se samost.koupelnou	158,- Kč	280,- Kč	292,- Kč
Jednolůžkový pokoj se spol.koupelnou pro 2 pokoje	155,- Kč	277,- Kč	289,- Kč
Jednolůžkový pokoj bez koupelny	145,- Kč	267,- Kč	279,- Kč
Dvoulůžkový pokoj se samost.koupelnou	148,- Kč	270,- Kč	282,- Kč
Dvoulůžkový pokoj se spol.koupelnou pro 2 pokoje	145,- Kč	267,- Kč	279,- Kč
Dvoulůžkový pokoj bez koupelny	135,- Kč	257,- Kč	269,- Kč
Tří a vícelůžkový pokoj bez koupelny	125,- Kč	247,- Kč	259,- Kč

Domácí řád – Domov důchodců Jablonecké Paseky

Na úvod:

Domov důchodců Jablonecké Paseky poskytuje ve dvou odděleních dvě služby - Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.

Domácí řád je platný pro obě služby, pokud se některá ujednání vztahují pouze na jednu službu je toto v textu označeno.

Článek 1

Domácí řád obsahuje zásady pro zajištění důstojného života a pořádku v domově důchodců. Je závazný pro všechny klienty a pracovníky domova. S každým klientem je uzavřena Smlouva o poskytnutí služby sociální péče dle § 91, Zákona o sociálních službách. Pro právní vztahy vzniklé z této smlouvy se použijí ustanovení občanského zákoníku.

Článek 2

Ubytování

Ubytování poskytujeme v jedno a dvoulůžkových pokojích.

K pokoji náleží: lůžko, noční stolek s uzamykatelnou zásuvkou, šatní skříň, stůl, 2 židle, samostatná bezbariérová koupelna včetně WC, nebo bezbariérová koupelna včetně WC společná pro dva pokoje, nebo umyvadlo.

Pro službu Domov se zvláštním režimem platí, že klientům nejsou vydávány klíče od nočních stolků a pokojů.

Mimo pokoj může klient obvyklým způsobem užívat společně s ostatními klienty v domově: jídelny, klubovny, klubovnu aktivit, tělocvičnu, vstupní halu budovy C, všechna posezení na chodbách, nádvoří, prostory za budovou C, posezení u ohniště.

Pro službu Domov se zvláštním režimem platí, že klient, který má problém s orientací v prostoru, se může mimo uzavřené prostory pohybovat pouze s doprovodem.

Ubytování zahrnuje také topení (pokoje jsou vytápěny na 22 stupňů C, od 22.00 do 5.00 hodin na 18 stupňů C), teplou a studenou vodu, elektrický proud, úklid, praní, žehlení a drobné opravy ložního a osobního prádla.

Klient se ubytuje na pokoji, který s ním byl předem dohodnut. Pokoj si může klient po dohodě se spolubydlícím zamykat v době nepřítomnosti (platí pouze pro službu Domov pro seniory). V průběhu dalšího pobytu lze provádět stěhování klienta po vzájemné dohodě. Hlavní důvody jsou neshody se spolubydlícím, zdravotní stav, provozní potřeby ústavu. Klient může požádat o přestěhování vedoucí úseku nebo vedoucí sociální pracovníci, která o žádosti učiní zápis a seznámí klienta s postupem.

Změny schvaluje klient, vedoucí ošetřovatelské péče a úseku, vedoucí sociální pracovnice.

Věci, které si klient přinesl s sebou, musí být již označené přiděleným osobním číslem. Domov nezajišťuje označení osobních věcí.

K uložení věcí je na pokoji skříň, noční stolek. Sezónní věci si může klient uložit v centrální šatně.

K výzdobě pokoje lze používat vlastní drobnosti, např. poličku, obraz, sošku. Svůj rozměrný nábytek je možné nastěhovat pouze se souhlasem spolubydlícího a vedoucí úseku. Na každém pokoji je centrální rádio. Po dohodě se spolubydlícím a vedoucím úseku je možné mít vlastní rádio nebo vlastní televizor nebo novou vlastní ledničku.

Za vlastní rádio a televizor platí klient koncesionářské poplatky.

Vlastní vaříč, el. kamínka, mikrovlnou troubu není dovoleno na pokoji užívat!

K dispozici je v kuchyňkách el. vaříč nebo sporák. Povolena v pokojích je pouze rychlovarná konvice (platí pouze pro službu Domov pro seniory).

Klient je povinen užívat prostory vyhrazené jemu k ubytování a užívání řádně, v prostorách nesmí klient bez souhlasu vedoucí úseku provádět žádné změny.

Klient hradí cenu ubytování i v případě přechodného pobytu mimo domov (dovolená, hospitalizace).

Článek 3

Přihlášení k trvalému pobytu

Klientovi, který požádá o přihlášení k trvalému pobytu, zajistí vyřízení sociální pracovnice domova. Vyřízení dokladů zajistí, předloží-li klient potřebné dokumenty. Správné poplatky hradí klient.

Článek 4

Úschova cenných věcí a finančních hotovostí

Při nástupu nebo v průběhu pobytu v domově může klient požádat sociální pracovníci o uložení cenných věcí, finanční hotovosti, vkladních knížek a o ukládání nebo vybírání peněz z vkladních knížek.

Není-li klient schopen sám doklady podepsat, převezme jeho věci do úschovy sociální pracovník za účasti dvou svědků, kteří příslušné doklady podepíší.

Předem ohlášené výběry peněz z vkladních knížek se vyplácejí v úterý.

Článek 5

Stravování

Domov poskytuje celodenní stravování podle předem zveřejněného jídelního lístku. Podávaná strava odpovídá zásadám zdravé výživy. Je přizpůsobena svým složením, množstvím a úpravou věku a zdravotnímu stavu klientů. Dietní stravování domov poskytuje pouze na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Stravovací provoz zajišťuje následující diety: racionální, dieta s omezením tuků, diabetická, bez mléka a mléčných výrobků, speciál. Finanční hodnota podávané stravy se řídí výší stravovací jednotky.

Cena stravy – viz ceník služeb.

Jídlo se podává v jídelnách nebo v pokojích klientů. Stravu dostávají klienti ve čtyřech časových intervalech :

snídani od 7.30 do 8.00 hodin

oběd od 11.15 do 12.00 hodin

večeři od 16.30 do 17.00 hodin současně s 2. večeří pro diabetiky

Na odděleních je k dispozici čaj v kuchyňkách a v jídelnách.

Klienti odcházející z domova na dovolenou se mohou ze stravování odhlásit, ale vždy včas, tj. nejpozději dva dny předem, v případě soboty, neděle nejpozději do čtvrtka večer u ošetřovatelky ve směně.

Při opožděném odhlášení nebude stravné již možno vrátit. Toto ustanovení neplatí v případě hospitalizace klienta.

Jídelní lístky schvaluje dietní sestra a vedoucí ošetřovatelské péče.

Podněty a připomínky ke kvalitě, množství a výběru stravy mohou klienti uplatňovat na stravovací komisi, která se schází 1x měsíčně.

V domově je otevřená 2x v týdnu kantýna.

Článek 6

Podpora a péče

V domově je zajištěna nepřetržitá ošetrovatelská a zdravotní péče. Klientům poskytují podporu nebo pomáhají při zajištění péče o svoji osobu ošetrovatelky. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který zjišťuje jeho potřeby, cíle a napomáhá je klientovi naplňovat.

Odbornou zdravotní péči garantuje smluvní lékař a poskytuje tým sester. Smluvní lékař ordinuje jeden den v týdnu. Léky předepsané smluvním nebo odborným lékařem po dohodě s klientem může zajistit domov. Domov umožňuje vyúčtování doplatků za léky vždy do 15. dne v měsíci.

Akutní případy řeší sestry v návaznosti na zdravotní služby regionu. Požadavky a potřeby vyšetření a ošetření zajišťuje sestra nebo vedoucí zdravotního nebo ošetrovatelských úseků.

Každý klient má svobodný výběr zdravotní pojišťovny a ošetřujícího lékaře. Pokud nechce klient využívat služeb ústavního lékaře, je třeba se svým ošetřujícím lékařem předem dojednat jakou formou mu bude péče poskytována. Léky připravuje po předchozí dohodě sestra z originálních balení každého klienta.

Naordinovaná vyšetření a ošetření zajišťuje vedoucí zdravotní péče. Je-li klient poslán k hospitalizaci do nemocnice, je neprodleně podána zpráva osobě, kterou si klient určil a nahlásil kontakt.

Péče je hrazena z příspěvku na péči v případě pobytových zařízení ve výši přiznaného příspěvku. (Zákon o sociálních službách §73, odst.4a)

Článek 7

Hygiena

Je v zájmu všech klientů pečovat podle svých možností nebo s pomocí ošetrovatelů o osobní hygienu, čistotu prádla a šatstva, o pořádek na pokojích, udržovat čistotu ve všech prostorách jim přístupných.

V zájmu bezpečnosti klienta doporučujeme používat společnou koupelnu pouze s vědomím ošetrovatele.

Domov má svoji prádelnu, která zajišťuje praní a žehlení osobního prádla. Špinavé prádlo předává do prádelny ošetrovatel. Čisté prádlo se klientovi vrací jednou až dvakrát týdně. Prádlo musí být řádně označeno číslem, prádlo z umělých materiálů nejlépe vyšito.

Čištění oděvu, který nelze prát v automatické pračce, si klient zajišťuje sám.

Ložní prádlo a lůžkoviny poskytuje domov a zajišťuje jejich praní a údržbu.

Ručníky, osušky a utěrky používají klienti vlastní a použité je předávají k vyprání.

Není dovoleno prát na pokojích a sušit osobní prádlo a jiný materiál na radiátorech.

Do domova dochází kadeřnice. Ošetrovatelé mohou zprostředkovat objednání pedikérských služeb.

Článek 8

Doba klidu v domově

Doba nočního klidu je stanovena od 21.00 hodin do 6.00 hodin.

V době nočního klidu nesmí být klienti rušeni s výjimkou nutnosti podání léků nebo poskytnutí nutné ošetrovatelské péče. Noční kontrola je pouze na přání klienta. Ve službě Domov se zvláštním režimem jsou noční kontroly pravidelné.

V době nočního klidu mohou klienti sledovat ve společenských místnostech televizor nebo poslouchat rádio, avšak za předpokladu, že neruší noční klid ostatních klientů.

Je zakázáno kouřit na pokojích. Kouření je povoleno pouze v místech k tomu určených.

Článek 9

Vycházky

Klienti mohou svobodně opouštět domov. Odchod či návrat je prospěšné hlásit ošetřovateli, z důvodu bezpečnosti klienta.

Klienti služby Domov se zvláštním režimem opouštějí domov za doprovodu druhé osoby.

Článek 10

Přechodný pobyt klientů mimo domov

Přechodný pobyt (dovolená), včas nahlášený, evidují ošetřovatelé, kteří vystaví tzv. dovolenku, kde je uvedeno datum a čas odchodu a příchodu. Doklad slouží jako podklad pro vyúčtování úhrady za ubytování a stravování. V případě přechodného pobytu mimo domov se neúčtuje klientovi pouze hodnota potravin za celodenní stravu, ubytování a provozní náklady hradí v plné výši.

Článek 11

Návštěvy

Klienti mohou přijímat návštěvy každý den. Při ohrožení epidemií může lékař nebo ředitel návštěvy zakázat.

Návštěvy může klient přijímat na pokoji jen za předpokladu, že neruší spolubydlící. Jinak se návštěvy přijímají ve společenských místnostech.

V případě nevhodného chování návštěvníka může ošetřovatel ve směně návštěvníka vykázat z domova.

Návštěvy se hlásí u službu konajícího ošetřovatele.

Vzájemné návštěvy na pokojích jsou povoleny s výjimkou nočního klidu a pokud neruší ostatní spolubydlící.

Článek 12

Vyplnění volného času klientů

Klient domova může používat vlastní televizor i rádio, pokud se dohodne se spolubydlícím. Knihy jsou k dispozici v klubovnách.

Domov nabízí různé aktivity (skupinové a individuální cvičení, skupinové povídání, předčítání, kavárničky, pečení, výroba dekoračních a upomínkových předmětů, taneční zábavy aj.), do kterých se může každý klient zapojit podle svých možností.

Služba Domov se zvláštním režimem má samostatné aktivity poskytované aktivizačním pracovníkem.

Klienti, v rámci podpory sebeobsluhy, podle svých možností pomáhají při denním úklidu svých pokojů (stlaní, utírání prachu, udržování pořádku...). Mohou být činní i při pomocných pracích v domově.

Článek 13

Výplata důchodů, úhrada za pobyt

Důchod se vyplácí každého 15. dne v měsíci, není-li dohodnuto jinak. Po úhradě za ubytování a stravu musí klientovi zůstat alespoň 15% jeho příjmu (Zákon o sociálních službách, §73 odst.3). Výplatu provádí sociální pracovník za přítomnosti svědka. Způsob úhrady pobytu je upraven ve Smlouvě.

Článek 14

Poštovní zásilky, telefony

Obyčejné poštovní zásilky přijímá sociální pracovník.

Telefonní spojení pro klienty je možné na sesternách za poplatek ceny hovoru.

Klient si může na pokoj zajistit připojení telefonní bytové stanice na vlastní náklady.

Článek 15

Zastoupení klientů

V domově pracuje Rada klientů, volená a odvolávaná klienty domova.

Členové výboru jsou oprávněni jednat jménem klientů s vedením domova a jeho nadřízenými orgány.

Posláním rady je i výchovné působení na klienty, kteří narušují svým chováním a jednáním soužití v domově. Rada spolupracuje s vedením domova při přípravě kulturní a zájmové činnosti, při projednávání připomínek nebo stížností klientů, podílí se na činnosti stravovací komise a rozhoduje o použití finančních prostředků z fondu klientů.

Článek 16

Stížnosti a připomínky

Stížnosti, připomínky a podněty na poskytované služby, chování pracovníků, klientů může kdokoli zapsat i anonymně do označených schránek, nebo může stížnost uplatnit u každého vedoucího pracovníka nebo u ředitele domova, nebo u zřizovatele domova důchodců. Na nástěnkách ubytovacích částí je návod pro klienty jak postupovat při stížnosti a jak bude stížnost řešena.

Článek 17

Odpovědnost za škodu

Klient odpovídá za škodu, kterou způsobil na majetku domova, jinému z klientů či zaměstnanců.

Způsobí-li škodu více klientů, odpovídají za ni podle podílu účasti.

Klient je povinen upozornit vedoucí jednotlivých úseků na škodu, která vzniká nebo již vznikla, aby mohly být provedeny kroky k jejímu odvrácení nebo odstranění.

Článek 18

Opatření proti porušování pořádku

Jestliže klient porušuje domácí řád nebo ujednání ve smlouvě nebo se chová nepřístojně ke spolubydlícím a jiným osobám a odpovědným pracovníkům se nepodařilo dojednat nápravu, učiní ředitel tyto kroky:

Napomene klienta za přítomnosti vedoucí úseku

Napomene klienta za přítomnosti zástupce Rady klientů

Vypoví klientovi Smlouvu podle ujednání ve smlouvě

Jde-li o jednání, které je hodnoceno jako přestupek nebo trestný čin, učiní postižená osoba nebo ředitel domova oznámení přestupkové komisi při MěÚ v Jablonci n. N. nebo Policii ČR.

Článek 19

Závěrečná ustanovení

Tento domácí řád je závazný pro všechny klienty i pracovníky.

Domácí řád je volně přístupný na odděleních.

Příloha č. 4: Fotografická dokumentace sociálně aktivizačních činností seniorů (viz text-s. 41)



Příloha č. 4: Fotografická dokumentace sociálně aktivizačních činností seniorů (viz text-s. 41)



Příloha č. 5: Organizační schéma (viz text – s. 42)

Domov důchodců Jablonecké Paseky, příspěvková organizace, organizační a funkční schéma

Působnost: regionální

Platnost: od 1.1.2009

Přepočtený počet pracovníků:

67

				12	ředitel organizace	1	67
				12	Dagmar Křížová		8
10	ekonom	1	2	9	ved.sociál.prac.- stat. zást.	1	2,5
10	Hana Janatková	1	1	9	Šárka Petříčková	1	1,5
9	mzdový účetní, účetní	1		9	sociální pracovník	1	
				9	účetní	0,5	
5	údržbář	2		9	ved. zdravotní péče	1	7
				9	Jitka Škorpilová	1	6
4	vedoucí prádelny	1	3				
4	Radka Korcinová	1	2				
3	dělník prádelny	2					
				9	sestra ranní	2	
				9	sestra směnová	4	
9	ved.stravování,nutr.ter.	1	8	9	fyzioterapeut	1	
9	Iva Gušlíková	1	2				
				Dohody o činnosti			
7	zásobovač	1		3	obsl. vým. stanice 2 úv. 0,25	0,5	
7	Lenka Paldusová	1					
5	vedoucí směn. kuchař	1	6				
5	Roman Žižka	1	5				
5	směnový kuchař	2	3				
3	kuchař	3	0				

Ochrana práv klientů Domov pro seniory

Cíl:

- Respektovat základní lidská práva uživatelů služeb
- Respektovat svobodu uživatelů, která vyplývá z platných mezinárodních smluv, Ústavy ČR a platných zákonů
- Respektovat potřeby, připomínky a požadavky uživatelů v souladu s domácím řádem a vnitřními pravidly zařízení

Ochrana práv klientů je úkolem každého pracovníka.

Obsah:

1. Oblasti, ve kterých by mohlo dojít k porušení práv klientů

Tato část obsahuje vyjmenované oblasti možného porušení práv klienta a odkazuje na pravidla, ve kterých se těmito oblastmi zabýváme a dále obsahuje přílohy – další vnitřní pravidla, která nám usnadní orientaci v konkrétních situacích.

Zmíněné oblasti možného porušování práv klientů nejsou konečné, budou průběžně doplňovány při každé aktualizaci pravidel.

Podnět k doplnění může přinést kterákoliv osoba z řad personálu, klientů nebo i rodinných příslušníků, či žadatelů o službu.

2. Pravidlo pro přijetí klienta do zařízení

V této části se jedná o doplnění konkrétních kritérií, která považujeme za důležitá při zařazení žádosti zájemce o službu na seznam čekatelů. Toto pravidlo těsně souvisí s Jednáním se zájemcem o službu.

3. Pravidlo pro přijímání darů

4. Etické kodexy

5. Rizikové situace

Kontrola dodržování pravidel:

- vedoucí ošetrovacích úseků
- vedoucí zdravotního úseku
- vedoucí sociální pracovnice
- vedoucí stravování
- ředitelka

Dle kompetencí jednotlivých pracovníků daných náplní práce.

Četnost kontrol: Průběžně – formou pozorování

1x ročně – formou vyhodnocování stížností

Při zjištění závad:

- Pohovor s nadřízeným a opětovné vysvětlení vnitřních pravidel
- Nabídka supervize
- Další postup dle Zákoníku práce

Aktualizace pravidel: 1x ročně

Seznam příloh k oblastem možného porušování práv klientů:

- Příloha č. 1 – Uzamykatelné prostory klientů
- Příloha č. 2 - Stěhování klientů
- Příloha č. 3 – Zajištění soukromí při provádění ošetrovatelských úkonů
- Příloha č. 4 – Noční kontroly
- Příloha č. 5 – Vstup do soukromí klientů
- Příloha č. 6 - Přístup ke klientům
- Příloha č. 7 - Nákupy
- Příloha č. 8 - Hospodaření s penězi klientů
- Příloha č. 9 – Výplata peněz klientům
- Příloha č. 10 – Svobodný pohyb klientů
- Příloha č. 11 – Oslovování klientů
- Příloha č. 12 – Seznamování externích pracovníků s přístupem ke klientům
- Příloha č. 13 – Ochrana osobních údajů
- Příloha č. 14 – Doručování pošty klientům
- Příloha č. 15 – Náboženské vyznání
- Příloha č. 16 – Ochrana před zneužíváním
- Příloha č. 17 – Uložení osobních dokladů

Vnitřní pravidlo - Příloha č. 1

Právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života – Uzamykatelné prostory klientů

Obecně se jedná o to, aby každý klient mohl mít svůj osobní prostor, do kterého mu nikdo nezasahuje bez jeho vědomí.

- Klíče od pokojů obdrží klient na požádání u vedoucí oddělení. Na dvoulůžkovém pokoji podléhá zamykání vzájemné dohodě mezi klienty.
- Klíče od nočního stolku jsou při nástupu v zámku, duplikáty klíčů jsou uloženy na sesterně v uzamykatelné skřínce.
- Pokud stav klienta neumožňuje zabezpečení osobních věcí a cenností na pokoji, nabízíme možnost uložení v depozitu zařízení – při vyjednávání pomáhá klíčový pracovník.
- Nevyužije-li klient dané možnosti prevence ztrát, zůstává odpovědnost za škodu na něm.
- Pokud klient ztratí svůj klíč, zhotovení duplikátu bude provedeno na jeho náklady.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 2

Právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života – Stěhování klientů na jiné pokoje

Klient může požádat o přestěhování na jiný pokoj. Žádost podává u vedoucí oš. úseku a vyhovět lze pouze v případě, že se odpovídající místo uvolní.

Žádost o jednolůžkový pokoj nebo pokoj s koupelnou podává klient písemně u sociálních pracovníků. Jeho žádost je zařazena do pořadníku. O uvolněním místě klienta informuje vedoucí soc. pracovnice.

Zhorší-li se zdravotní stav klienta a je nutné jeho přestěhování na oddělení se zvláštním režimem (z důvodu bezpečnosti klienta), projednává toto s klientem vedoucí oš. úseku nebo klíčový pracovník. Vždy o tom učiní zápis – Dohoda o stěhování.

Není-li z nějakého důvodu možná domluva s klientem, kontaktujeme rodinu, která může být nápomocná při vysvětlování situace klientovi. Konečné slovo má však vždy klient.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 3

Právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života – Zajištění soukromí při provádění ošetrovatelských úkonů

Při poskytování hygienické péče na dvoulůžkových pokojích může dojít k porušení soukromí a studu klienta.

- Pokud zdravotní stav klienta dovoluje, hygienickou pomoc poskytujeme v koupelně na pokoji.
- Pokud zdravotní stav klienta vyžaduje hygienickou pomoc na lůžku, používají se zástěny a postupuje se dle stanovených pracovních postupů – viz Ošetrovatelská péče – pracovní postupy.

V současné době není z provozních důvodů možné, aby si klient mohl vybrat ošetřující personál dle pohlaví.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 4

Právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života – Noční kontroly

Potřebu noční kontroly zjišťuje klíčový pracovník po nástupu klienta do zařízení při plánování služby. Pokud si to klient nepřeje, kontrola není prováděna – klíčový pracovník provede záznam do individuálního plánu.

Při změně zdravotního stavu (i problémové chování) provádí noční kontrolu zdravotní sestra nebo ošetrovatelka dle pokynů zdravotní sestry.

Pokud ani při zhoršení zdravotního stavu si klient kontrolu nepřeje, respektujeme jeho přání.

Pokud zdravotní stav klienta je takový, že není schopen vyjádřit jasně svou potřebu, provádí se kontrola dle aktuálního zdravotního stavu.

Při noční kontrole respektuje pracovník noční klid klientů!

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 5

Právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života – Vstup do soukromí klientů

Návštěva, která přichází za klientem: - je upraveno v Domácím řádu.

Návštěva žadatelů o službu: s žadateli o službu jednají sociální pracovnice. Součástí tohoto jednání může být i prohlídka zařízení, projeví-li o to žadatel zájem.

Vstup do soukromí klienta je nutný vždy předem vyjednat i přesto, že se jedná o pouhé krátké nahlédnutí do pokoje.

Klient má právo odmítnout.

Návštěva zřizovatele, den otevřených dveří: jedná se o předem ohlášené návštěvy. Vstup do soukromí dojednává vedoucí ošetrovatelského úseku s každým vytypovaným klientem individuálně.

Klient má právo odmítnout.

Provádění nutných oprav v pokojích klientů: klienta o nutnosti opravy informuje buď klíčový pracovník nebo vedoucí ošetrovatelského úseku, případně jiný službu konající pracovník. Dále informuje klienta, kdy bude oprava provedena. Klient si sám rozhodne, zda pokoj opustí či bude přítomen.

V případě, že z důvodu bezpečnosti není přítomnost klienta možná, požádá ho pracovník zařízení, aby pokoj opustil na nezbytně nutnou dobu a nabídne, kde může klient tuto dobu strávit (odpočinkové kouty, klubovna,...). Klienta oddělení se zvláštním režimem na toto místo doprovodí služba konající ošetrovatel a přesvědčí se, že se zde klient cítí v bezpečí.

Úklid na pokojích klientů: pokud klient opouští pokoj, sám si dohodne s pracovníkem zajišťujícím úklid, zda se pokoj v jeho nepřítomnosti může uklidit. V opačném případě se dohodnou na termínu, kdy bude klient přítomen. Uzamčený pokoj je nedotknutelný.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 6

Právo na důstojnost, osobní čest, dobrou pověst a ochranu jména – Přístup ke klientům a přístup, který vede k možnému problémovému chování

Přístup ke klientům

- Zaměstnanci nosí na viditelných místech svoji jmenovku.
 - Před vstupem na pokoj zaklepeme. Jednáme s klientem za zavřenými dveřmi. Zachováváme jeho právo na soukromí.
 - Při jednání s klientem pozdravíme a představíme se.
 - Využíváme formy neverbální komunikace (úsměv, pohled do očí, dotyky). Zachováváme osobní prostor klienta.
 - Respektujeme momentální psychický a zdravotní stav klienta.
 - Klient má právo volby, respektujeme vlastní vůli klienta.
 - Pokud klienta představujeme – tak pouze jeho jménem.
 - Klientovi průběžně vysvětlujeme prováděné služby.
 - Nevvolvujeme v klientech pocit závislosti na ostatních, pocit podřízenosti. Nabízíme klientům smysluplnou činnost.
 - Klienta hodnotíme podle toho jaký doopravdy je, bez ohledu na jeho psychický i zdravotní stav.
 - Zachováváme individualitu osobnosti klienta, podporujeme jeho zvláštnosti.
 - Respektujeme pravidla domova důchodců, jsme kolegiální.
- Jednáme profesionálně.

Přístup ke klientům, který vede k možnému problémovému chování klienta

- Podvádění – s cílem přimět klienta udělat to, co chceme nebo mu zabránit v jednání, které je z našeho pohledu obtížné.
- Zneschopňování – zabránění klientovi, aby využil schopnosti, které má nebo udělal rozhodnutí, kterého je schopen.
- Infantilizace – chování se ke klientovi jako k dítěti.
- Zastrasování – vzbuzování strachu u klienta s cílem přimět ho k požadovanému jednání nebo ho naopak od jednání odradit.
- Nálepkování – označování klienta podle jeho chování, jednání nebo postižení.
- Stigmatizace – viditelné označování osobních věcí klientů, odlišný přístup ke skupině klientů, izolace určité skupiny klientů.
- Nerespektování tempa – v komunikaci, pohybu, nátlak na klienta, aby dělal některé věci rychleji než je schopen.

- Zneplatňování – chování, které neuznává to, co klient říká nebo cítí.
- Odhánění – vylučování klienta ze společných akcí, odmítání s klientem mluvit nebo být v jeho blízkosti
- Zvěčňování – jednání či manipulace s klientem jako s věcí.
- Ignorování – chování před klientem tak, jako by nebyl přítomen, mluvení o klientovi v jeho přítomnosti s další osobou, vstupování bez zaklepání.
- Vnučování – nerespektování klientova práva na výběr (oblečení, jídla, činností).
- Odpírání pozornosti – žádá-li o ni klient.
- Obviňování – z něčeho, co klient nezpůsobil nebo neudělal.
- Vyrušování – přerušování hovoru nebo činnosti klienta.
- Vysmívání – skrytý i zjevný výsměch nad chováním klienta.
- Ponižování – chování, které vede k poškození klientova sebehodnocení.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 7

Právo na vlastní rozhodování – Volba nákupů a jiných služeb poskytovaných cizími subjekty

Podporujeme klienta v samostatném využívání těch služeb, na které byl zvyklý když žil doma – pomáhá především rodina nebo další blízcí lidé.

Ne pro každého klienta jsou však městské zdroje dostupné.

V zařízení je pro klienty 2x týdně otevřená kantýna. Klienti si za nákupy buď dochází sami nebo mohou využít možnosti nakupovat přímo na pokojích (pracovník kantýny dochází za klienty na pokoje a zboží nabízí přímo z vozíku – klient má možnost si vybrat).

Nákupům na pokojích asistuje vždy někdo z ošetřovatelů. Ten dohlédne, aby cena zboží na účtence odpovídala hodnotě odebraného zboží.

Klienti platí hotově, pouze v případě, že má klient uložené peníze v depozitu zařízení a dříve požádal – viz Dohoda o uložení peněz v příloze č. 8, lze proplatit nákup pracovníkovi kantýny po předložení účtu. Proplácí pracovnice pověřená vedením depozitního účtu.

Klienti, kteří nevyužívají kadeřnické a pedikérské služby jinde, mají možnost využít tyto služby v zařízení. Případné úhrady těchto služeb z depozitních účtů podléhají stejným pravidlům jako kantýna. Ceny služeb nejsou v kompetenci zařízení.

Pokud klient potřebuje využít nějakou službu ve městě a není v jeho silách zvládnout samostatně cestu, mohou sociální pracovnice na jeho přání zprostředkovat kontakt, případně zajistit klientovi doprovod (pokud tak neučiní rodina).

Pochůzky na úřady nebo drobné nákupy oblečení mohou pomoci zajistit klientovi sociální pracovnice.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 8

Právo na vlastní rozhodování – Hospodaření s penězi klientů, ukládání cenných věcí

Každý klient má právo zacházet se svými finančními prostředky dle svého uvážení. U klientů zbavených způsobilosti k právním úkonům jednáme s opatrovníkem, vždy je však přítomen klient. Záleží na kompetencích opatrovníka daných soudem.

V případě, že klient nechce mít peníze u sebe na pokoji ani u svých rodinných příslušníků, nabízíme mu možnost uložení peněz na depozitním účtu.

Evidenci depozit vede účetní sociálního úseku na základě Dohody o uložení peněz nebo cenných věcí. Dohody uzavírají sociální pracovnice.

S možností uložení financí či cenných věcí v depozitu zařízení je seznámen klient již před svým nástupem, tato možnost je mu nabídnuta při jeho nástupu a využít ji může kdykoliv během pobytu, uzná-li to za vhodné.

Dohoda se uzavírá:

- Při příjmu klienta
- Kdykoliv v průběhu pobytu v DD

Dohoda obsahuje i podmínky, za jakých může být hotovost vybírána a kým:

- Neomezeně dle přání klienta – vybírá si sám a kdykoliv v pracovní době účetní nebo po vzájemné dohodě lze i jinak
- Klient si může vymezit i vybírání menších částek v pravidelných intervalech
- Může dát plnou moc k výběru peněz blízké osobě
- Může požádat o proplácení nákupů v kantýně, kadeřnických a pedikérských služeb – na základě pokladního dokladu.

Vymezením podmínek výběru peněz vzniká klientovi možnost lépe si kontrolovat své výdaje a zamezit ztrátám větších částek peněz na pokojích.

Podpis dohody:

Pokud jsou s klientem dohodnuty všechny podrobnosti uložení peněz či cenných věcí a je zřejmé, že klient Dohodě rozumí, svůj souhlas potvrdí svým podpisem. Nemůže-li se podepsat, může zmocnit k podpisu svědka jednání (někdo z rodiny, klíčový pracovník, ošetřovatelka)

Příjem hotovosti:

Sociální pracovnice předá při převzetí hotovosti klientovi příjmový doklad.

Výdej hotovosti:

Klient při převzetí hotovosti podepisuje výdajový doklad.

Pokud se proplácí nákup z kantýny, kadeřnické nebo pedikérské služby, je součástí výdajového dokladu i doklad vystavený příslušným podnikatelským subjektem.

Podpisování dokladů: viz Výplata peněz klientům, Příloha č. 9

Hrozí-li nebezpečí ztráty nebo poškození cenných věcí, převezme je zařízení do krátkodobé úschovy z vlastního podnětu a vyrozumí o tom neodkladně klienta, jeho zák. zástupce či rodinu.

V tomto případě dochází k převzetí vždy za účasti svědků a je proveden záznam do karty klienta.

Vnitřní pravidlo - příloha č. 9

Právo na vlastní rozhodování – Výplata peněz klientům

Výplata kapesného:

Způsob výplaty kapesného si volí klient. Při šetření před nástupem je informován o možnosti ponechat si výplatu svých peněz tak, jak je zvyklý (výplata důchodu poštovní poukázkou, převodem na účet u bankovního ústavu). Zároveň je také informován, co pro něho každý způsob výplaty obnáší v souvislosti s jeho pobytem v DD.

Nejčastější způsob výplaty:

a) formu hromadného seznamu výplat ČSSZ

Výplata kapesného se uskutečňuje 1x měsíčně, vždy k 15. dni v měsíci.

Vychází-li termín výplaty na sobotu, výplata se provádí v pátek 14. den v měsíci, vychází-li termín výplaty na neděli, výplata se provádí v pondělí 16. den v měsíci.

Hromadnou výplatní listinu připravuje účetní sociálního úseku na základě podkladů z ČSSZ a podkladů od sociálních pracovníků a stravovacího úseku. Z výplatní listiny je zřejmá výše důchodu, výše zálohy na pobyt v DD v probíhajícím měsíci, vyúčtování nedoplatku či přeplatku za měsíc minulý, celková výše kapesného a další srážky (po dohodě s klientem platba za televizi, rozhlas či léky).

Zároveň každý klient obdrží i vyúčtování za měsíc uplynulý.

Každé výplatě kapesného je přítomna vedoucí příslušného ošetrovatelského úseku a další pověřený pracovník příslušného oddělení.

Výplata kapesného probíhá na jednotlivých pokojích klientů, respektujeme přání klienta, pokud si pro kapesné chce přijít do kanceláře soc. pracovníků osobně.

b) poštovní poukázkou – poštovní doručovatel předává klientovi peníze přímo na jeho pokoji, klient pak z důchodu hradí potřebné poplatky v zařízení sám v termínech dle smlouvy.

c) na účet klienta v bankovním ústavu – veškeré operace si provádí klient sám, bez pomoci pracovníků DD, potřebné poplatky v zařízení hradí v termínech dle smlouvy.

Kapesné vyplácíme zásadně klientovi, vždy dbáme na maximální zajištění soukromí, vyplácené peníze přepočítáme před klientem.

Při krátkodobé nepřítomnosti klienta v DD v den výplaty je kapesné uloženo na depozitní účet a klient si ho převezme po návratu do DD (týká se pouze výplat hromadným seznamem).

Při dlouhodobé nepřítomnosti klienta v DD kapesné buď uložíme na depozitní účet, vkladní knížku nebo odešleme poštovní poukázkou na místo dočasného pobytu klienta – vždy po dohodě s ním.

Výběr z depozitního účtu klienta: dle vlastního uvážení si klient vybírá takové částky, jaké uzná za vhodné, blíže viz Hospodaření s penězi klientů.

Podpisování dokladů:

Každý klient je povinen příjem peněz potvrdit svým podpisem.

Pokud mu zdravotní stav nedovoluje se podepsat, potvrdí svými podpisy předání peněz klientovi: vedoucí příslušného ošetrovatelského úseku a druhý pověřený pracovník ošetrovatelského úseku.

Při uložení hotovosti na depozitní účet zařízení obdrží klient příjmový doklad.

Uchovávání dokladů o výplatách klientům:

Výplatní listiny jsou uloženy v kanceláři soc. pracovníků v uzamykatelné skříni.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 10

Právo na svobodný pohyb

Klienti mají právo svobodně opouštět areál domova důchodců, využívat všechny prostory mimo provozních – viz Domácí řád.

- Odchod a návrat v průběhu dne nemusí klient hlásit ošetrovateli, je to však prospěšné z důvodu jeho bezpečnosti.

- Při pozdním návratu, v době uzamčení budovy, využívají klienti zvonky na jednotlivá oddělení a vyčkají příchodu ošetřovatele.
- Odchod a návrat je třeba nahlásit ošetřovateli vždy, bude-li klient požadovat vrácení hodnoty potravin za celodenní pobyt mimo zařízení. Blíže viz Domácí řád.
- Klienti ubytovaní na oddělení se zvláštním režimem užívají převážně prostory oddělení, ostatní prostory se doporučuje užívat za doprovodu personálu (v rámci zajištění jejich bezpečnosti).
- Přání klienta opustit oddělení se zvláštním režimem řeší klíčový pracovník nebo pracovník ve směně, vycházky zahrnuje i do individuálního plánu, zajišťuje doprovod klienta.
- Personál není oprávněn vycházku zakázat, pouze může upozornit na její nevhodnost (povětrnostní podmínky, zdravotní stav, ..).

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 11

Právo na důstojnost, osobní čest, dobrou pověst a ochranu jména – Oslovování klientů

Každý klient je v našem zařízení oslovován pane ..., paní ..., pokud dosáhl akademického titulu, používáme při oslovování i titul. Toto pravidlo uplatňujeme u všech klientů a respektují ho všichni zaměstnanci. Zásadně našim klientům vykáme. Klienti zaměstnancům vykají.

Pokud nastane situace, že se v průběhu pobytu klienta v zařízení vytvoří mezi klientem a někým z personálu bližší vztah, je vždy nutné mít vyjasněno, jaké oslovování bude používáno.

Předpokladem je přání klienta být oslovován jinak, než je výše uvedeno – viz Přání klienta. Tato dohoda je platná pouze pro pracovníka, který je v dohodě uveden, v žádném případě neplatí, že klient tak bude oslovován ostatními zaměstnanci.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 12

Právo na důstojnost, osobní čest, dobrou pověst a ochranu jména – Seznamování externích spolupracovníků s přístupem ke klientům

Jak seznamovat externí pracovníky s přístupem ke klientům

Kdo je externím pracovníkem?

Dobrovolníci – dlouhodobá spolupráce

Kadeřnice, pedikérka, prodavač v kantýně – dlouhodobá spolupráce

Opravitel, revizoři - krátkodobá, jednorázová spolupráce

Externí pracovník – dlouhodobá spolupráce

Externí pracovníky s dlouhodobou spoluprací seznamuje s přístupem ke klientům koordinátor dobrovolníků.

Koordinátor dobrovolníků seznámí výše uvedené pracovníky s vnitřními pravidly Oslovování klientů, Přístup ke klientům - ještě před započítáním prací.

Dále každý externí pracovník je poučen o tom, že v případě nenadálých situací (roztržka mezi klienty, nepochopení klientovi, zhoršení zdravotního stavu...), požádá personál DD (vedoucího úseku nebo ošetřovatele) o pomoc.

Externí pracovník – krátkodobá spolupráce

Externí pracovníky s krátkodobou spoluprací provází po zařízení ředitelem určený pracovník, který uvede externího pracovníka na místo, představí ho klientovi, vyjedná s klientem čeho se návštěva týká a získá svolení klienta ke vstupu do pokoje. Určený pracovník svým vlastním přístupem ke klientovi ukazuje externímu pracovníkovi, jak přistupovat ke klientům.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 13

Právo na ochranu osobních údajů:

Osobní data klientů – jméno a příjmení, datum narození a místo, rodné číslo, národnost, státní občanství, předchozí bydliště, druh a výše důchodu, stupeň příspěvku na péči, diagnóza, dieta, zdravotní pojišťovna – se zjišťují za účelem evidence klientů v DD. Pro tento účel jsou to data nezbytná.

Osobní data evidujeme s písemným souhlasem klienta, který je součástí Smlouvy o poskytování služby sociální péče.

Uložení osobních dat:

Údaje jsou evidovány v osobních spisech klientů v kanceláři soc. pracovníků – trezor + PC – ošetřeno heslem. Dále je vedena zdravotně-sociální dokumentace na odděleních.

Přístup k osobním údajům:

K osobním údajům mají přístup tyto osoby: - sociální pracovníce, vedoucí ošetrovatelské péče, vedoucí ošetr. úseků, ošetr. personál úseku, ředitelka DD. Každý z pracovníků má k dispozici pouze ty údaje, které jsou nutné pro jeho práci.

K údajům, které se týkají stavu financí klientů na depozitním účtu, vkladních knížkách, výše důchodů a kapesného mají přístup pouze sociální pracovníce.

Doba uchovávání osobních dat:

Všechny spisy jsou ukládány po dobu pobytu klienta v DD, s ukončením pobytu zůstávají uloženy v zařízení po dobu nezbytnou dle platných předpisů o archivnictví a spisové službě.

Všechna osobní data našich klientů jsou přísně důvěrná a každý zaměstnanec je povinen zachovávat diskrétnost a mlčenlivost !

Každý klient má právo na přístup ke svým osobním údajům.

Jiným osobám žádné osobní údaje klientů nesdělujeme.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 14

Právo na listovní tajemství – Doručování pošty klientům

Předplacený denní tisk:

Klienti mají možnost objednat si denní tisk dle vlastních požadavků. S objednávkou mohou pomoci sociální pracovníce, přeje-li si to klient. Objednané tiskoviny si jednotliví příjemci hradí z vlastních zdrojů.

Poštovní schránku s denním tiskem vybírá pověřený klient DD a příjemcům denního tisku roznáší na pokoje.

Obyčejné listovní zásilky:

Přebírá sociální pracovníce a předává jednotlivým adresátům.

Doporučené listovní zásilky a balíky, které nejsou určeny do vlastních rukou:

Přebírá sociální pracovníce, učiní o zásilce záznam v Knize došlé pošty (datum doručení do DD, adresát, odesílatel). Adresát zásilky převzetí od sociální pracovníce potvrdí svým podpisem. Nemůže-li se klient podepsat, potvrdí předání zásilky klientovi vedoucí ošetrovatelského úseku a další pověřený pracovník.

Doporučené listovní zásilky a balíky určené do vlastních rukou přebírá adresát osobně od poštovní doručovatelky.

Poštovní poukázky:

Výplaty poštovních poukázek, které nejsou určeny do vlastních rukou přebírá sociální pracovníce na poště.

Každou poštovní poukázku zapíše do Knihy došlé pošty (datum doručení, adresát, odesílatel, částka) a přiloží poslední část poštovní poukázky.

Převzetí peněz potvrdí adresát svým podpisem, nemůže-li se podepsat, potvrdí předání peněz svým podpisem vedoucí ošetrovatelského úseku a další pověřený pracovník.

Poštovní poukázky do vlastních rukou přebírá adresát osobně od poštovní doručovatelky.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 15**Právo na svobodu náboženského vyznání**

Každý klient má právo na svobodu náboženského vyznání, všichni pracovníci zařízení tuto svobodu respektují.

Konání bohoslužeb v DD:

Zařízení umožňuje konání bohoslužeb pro klienty. Vzhledem k tomu, že zařízení nedisponuje zvláštními prostory pro konání bohoslužeb, je třeba pouze domluvy s příslušnými pracovníky církve, aby bohoslužba byla v souladu s ostatními akcemi pro klienty. Tím zajistíme potřebný klid pro konání bohoslužby.

Zařízení neumožní konání akcí nepovolených organizací, spolků či hnutí ani sdružování jejich sympatizantů.

Pokud klient požádá, můžeme mu pomoci jeho církev kontaktovat.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 16**Právo na ochranu před zneužíváním**

Týrání a zneužívání starých lidí je jednotlivý nebo opakovaný čin nebo chybění přiměřené činnosti, který poškozuje seniory, nebo jim způsobuje utrpení, a k němuž dochází v jakémkoli vztahu, v němž se předpokládá důvěra.

Prevence zneužívání:

- atmosféra důvěry a klidu v zařízení
- odborná příprava zaměstnanců
- výběr zaměstnanců
- všímavost

Druhy zneužívání:

Fyzické týrání – způsobení fyzické bolesti i zranění, fyzický nátlak, trestání

Psychické týrání – vyvolávání duševní úzkosti

Sexuální zneužívání

Hmotné týrání – nezákonné nebo nečestné zneužívání nebo používání prostředků a zdrojů starého člověka

Aktivní zanedbávání – odmítnutí nebo selhání v ošetrovatelských povinnostech, včetně vědomé a úmyslné snahy vyvolat fyzické a emoční utrpení starého člověka

Pasivní zanedbávání – odmítnutí nebo selhání v plnění poskytování péče, kromě vědomí a záměrné snahy vyvolat psychické nebo emoční utrpení starého člověka

Příklady: Vynucené pochůzky, drobné služby, půjčky peněz, nevhodné doteky, telefonování od klientů, zneužívání zdravotního nebo tělesného znevýhodnění, nečestné sliby, slovní nebo fyzická manipulace, odebrání kompenzačních pomůcek.

Všechny nepříjemné situace mohou nastat jak mezi personálem a klientem, tak mezi klienty navzájem či personálem navzájem.

Zaměstnanec - je povinen informovat svého nadřízeného a ten informuje ředitelku zařízení o skutečnostech týkajících se zneužívání své osoby a sám se rozhoduje, jaké právní kroky učiní.

Klient - vždy je nutné počítat s pasivitou seniorů v tomto směru, často se stává, že o situacích, které by nějaké nepřipustné jednání naznačovaly, senioři mluvit nechtějí, stydí se za to nebo mají obavu, aby svými steskami neobtěžovali.

Je důležité najít správnou rovnováhu mezi zjištěním objektivních potřeb seniora a jeho svobodou. Vždy je nutné dát klientovi možnost a svobodu volby.

Řešení situace: po zvážení všech okolností dát podnět k šetření Policii ČR, v případě přestupku zaměstnance dále postupovat dle Zákoníku práce.

Vnitřní pravidlo – Příloha č. 17

Právo na vlastní rozhodování – Uložení osobních dokladů

Po nástupu do zařízení si klient ponechává občanský průkaz u sebe.

Nabízíme mu i možnost uložení OP v kanceláři sociálních pracovníků.

V průběhu pobytu má klient možnost kdykoli své rozhodnutí změnit.

Pokud klíčový pracovník zaregistruje změny v chování klienta – zapomíná, je dezorientovaný, neví, kam si co uložil, promluví s klientem o možnosti uložit si OP v depozitu zařízení. Zároveň informuje sociální pracovníci.

Souhlasí-li klient s uložením OP, sociální pracovníci učiní písemný záznam, který klient podepíše.

Sociální pracovníci, která přijímá nového klienta do zařízení, oznámí na příslušné oddělení, kde bude OP uložen.

Vnitřní pravidlo

Pravidlo pro přijímání darů

Sponzorské dary:

Sponzorské dary jsou jedním z možných příjmů zařízení, kterými může domov zajistit dovybavení nadstandardním vybavením, drobné dárky pro ocenění dobrovolníků apod.

Sponzorské dary jsou hmotné nebo finanční.

Dárci:

- Klienti, příbuzní klientů
- Cizí organizace, jednotlivci

Klienti, příbuzní klientů mohou sami nabídnout sponzorský dar, avšak pouze po přijetí uživatele. Sponzorský dar je v tomto případě vyjádření spokojenosti uživatele služeb nebo příbuzného s poskytovanými službami. **Sponzorský dar není podmínkou pro přijetí uživatele do našeho zařízení!**

Cizí organizace, jednotlivce můžeme oslovit sami nebo se mohou nabídnout sami.

Postup při přijetí daru:

S každým **sponzorem uzavře ředitel nebo jeho zástupce** písemnou dohodu o poskytnutí sponzorského daru:

- Věcný dar – smlouva obsahuje tyto náležitosti – název sponzora, název obdarovaného, popis a cenu věcného daru, specifikace komu je dar určen, případně další podmínky specifikované sponzorem, podpisy dárce a obdarovaného.
- Finanční dar – smlouva obsahuje stejné náležitosti jako u věcného daru, pouze sponzor může ve smlouvě určit na jaké vybavení je finanční dar určen. Dále je ve smlouvě uvedeno číslo účtu, na který budou poukázány peníze. Pokud je finanční dar předán hotově, nepřebírá hotovost ředitel nebo jeho zástupce, ale pokladní zařízení, která hned sponzorovi vystaví příjmový pokladní doklad.

Dohoda je provedena ve dvou vyhotoveních – 1x dárce, 1x obdarovaný.

Ředitel po podpisu dohody a převzetí daru předá všechny podklady ekonomovi zařízení.

Dary od klientů a příbuzných

Pro všechny pracovníky domova platí přísný zákaz přijímání finančních darů, také zákaz přijímání nebo požadování půjček od klientů a příbuzných. Přijetí finančního daru od klienta bude považováno jako závažné porušení pracovních povinností, které bude důvodem k výpovědi danou zaměstnavatelem podle §52, odst.g) Zákoníku práce.

Pokud bude pracovník vystaven nátlaku k přijetí daru, seznámí s touto skutečností svého nadřízeného, ten mu pomůže situaci vyřešit. Nátlakem se rozumí např. opakované přesvědčování k přijetí daru, „vy mě urazíte, když si dar nevezmete“ atd.

Ochrana práv klientů

Přijímání klientů

Vzhledem k tomu, že k porušování práv může dojít i při výběru čekatelů na přijetí do zařízení, je potřebné stanovit systém, jak postupovat.

DD při přijímání klientů vychází ze seznamu čekatelů na přijetí. Žádosti o přijetí a seznam čekatelů evidují sociální pracovníci.

Součástí žádosti je lékařská zpráva ošetřujícího lékaře.

Pracovníci DD vycházejí při přijímání žádosti klienta z vymezení cílové skupiny a při hodnocení potřeby pobytu žadatele vycházíme z Kritérií pro hodnocení žadatele o službu.

Dostatek informací pro zhodnocení potřeby pobytu žadatele získáváme nejen z žádosti, ale především od žadatele samotného či jeho rodinných příslušníků.

Podle míry potřebnosti (viz bodové hodnocení) je vytvořen seznam čekatelů, u kterých se provádí sociální šetření – viz Jednání se zájemcem o službu, při kterém zjišťujeme očekávání a cíle budoucího klienta.

Vnitřní pravidlo

Rizikové situace

Metodika pro používání opatření omezujících pohyb osob

Rizikové situace jsou nedílnou součástí života, jde o zkušenosti potřebné při orientaci, udržování sebevědomí, zodpovědnosti apod.

Z těchto důvodů není úkolem sociální služby ze života klientů odstranit veškeré rizikové situace. Jde o stanovení míry rizika při poskytování podpory v nejrůznějších situacích.

Výskytu problémového chování předejdeme, když správně identifikujeme potřeby uživatele a poskytneme mu dostatečnou míru podpory při jejich naplňování.

Kritéria, podle kterých se dají rozpoznat problémové situace:

- míra závislosti uživatele služby na poskytovateli: čím je větší, tím je více pravděpodobné, že může dojít k porušení práv (závislost zvyšují faktory: věk, zdravotní postižení, onemocnění demence)
- délka poskytované služby: dlouhodobost může snižovat ostražitost poskytovatele vůči porušení práv, od drobných nedostatků po závažné porušení práv uživatelů

Možné zdroje problémového chování uživatelů:

- chyba v komunikaci: prevence spočívá v profesionální komunikaci a aktivním naslouchání uživateli

Minimum o aktivním naslouchání:

-emoce pojmenovat, akceptovat pocity uživatele, sdělit mu, že mu chceme pomoci zvládnout situaci

-dát mu prostor, aby se vykřičel (vy jste rozčilený, vidím to, řekněte mi o tom)

-převzít iniciativu

-říkat ano, tím uživatele přijmeme, neodbyť ho otázkami a pokyny (proč, uklidněte se, nemám teď čas)

-podívat se na situaci ze strany uživatele

-určit hranice (chápu vás, že se zlobíte, ale tohle si nemůžete dovolit)

-ocenit uživatele: ocenit cokoli jde, tím mu vyjadřuji respekt a zplnomocňuji ho, že má situaci ve svých rukou

-zrcadlit pocity: jde o zaregistrování a pojmenování emocí, které klient dává najevo („to pro vás musí být velké zklamání“)

-parafrázovat: („rozumím tomu tak, že kdyby ...“), tím dáváme najevo porozumění a možnost ověřit si, zda mluvíme oba o tomtéž

-shrnovat: na konci nebo v průběhu rozhovoru shrnout, co je vše třeba řešit do příště, co udělá klient dál a co my

- nenaplňování základních lidských potřeb: každý člověk má vrozeny určité potřeby, které upřednostňuje před ostatními

Minimum o vývoji potřeb v období stáří:

-základní lidské potřeby se dají rozdělit následovně:

1. fyziologické potřeby (jídlo, spánek, kyslík, potřeba pohybu, zbavení se bolesti)
2. potřeba bezpečí a zajištění
3. potřeba lásky a potřeba někam patřit
4. potřeba uznání, sebeúcty
5. potřeba seberealizace

-s postupem stárnutí v důsledku ubývání všech kompetencí může dojít k úpadku

všech projevů vůle, k rezignaci a apatii

-zvyšuje se uspokojování vlastních potřeb

- potřeba stimulace je snížena, klienti dávají přednost stereotypu, nové informace zatěžují, uvědomují si, že mladším nerozumí a nestačí jejich tempu
- potřeba citové jistoty a bezpečí se zvyšuje
- potřeba seberealizace je uspokojována připomínáním minulé činnosti (využit vzpomínky)
- potřeba otevřené budoucnosti, strach z nemoci, opuštěnosti a ze smrti, přijatelná představa vlastní budoucnosti bývá založena na kompromisu, který klade důraz na zachování sebeúcty

Druhy problémového chování:

- agrese, násilí, ničení majetku
- pokusy o sebepoškozování nebo sebevraždu
- verbální napadení (výhrůžky, pokřikování, lhaní, žalování na druhé)
- vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti
- chování bez sexuálních zábran
- krádeže, plivání
- zneužívání návykových látek
- časté vyžadování pozornosti ze strany personálu, lékaře
- negativismus, apatie
- zastrašování, obviňování, obtěžování, manipulace
- schovávání se

Hlavní zásady používání opatření omezujících pohyb osob

K oprávnění použití opatření omezujících pohyb osob musí všechny uvedené zásady platit současně.

Opatření lze použít pouze k cílům:

Zabránit ublížení na zdraví samotnému klientovi

Zabránit ublížení na zdraví ošetřujícímu personálu

Zabránit ublížení na zdraví jiným osobám

- Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, s výjimkou případů přímého ohrožení zdraví a života klientů nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou. Uvedenou výjimkou jsou situace, kdy jsme vyzkoušeli všechny ostatní terapeutické strategie pro zabránění takovému jednání, které ohrožuje zdraví či život uživatele nebo jiné osoby a rizika vyplývající z neomezení pohybu uživatele jsou větší, než rizika vyplývající z jeho omezení. Bez použití tohoto opatření by mohlo dojít k dalšímu zhoršení stavu uživatele.
- Uživatelé mají právo na důstojné zacházení, péči a úctu i při nezbytnosti omezit jejich pohyb.
- Prvotní rozhodnutí o užití opatření omezujících pohyb řeší přítomný pracovník a vždy si přivolá druhou osobu, sestru. Na dalším rozhodování o použití omezujících prostředků se podílí celý ošetřovatelský tým.
- Rozsah a povaha omezení musí být přiměřená míře aktuálního ohrožení a individualitě uživatele a omezení musí být ukončeno hned, jakmile pomine situace ohrožení.
- Pokud musela být použita jakákoliv opatření omezující pohyb osob, musí být pečlivě zdokumentována. Je individuálně vypracován plán pro snižování těchto opatření, s pravidelným vyhodnocováním 1x ročně.
- Při užití prostředků omezujících pohyb zachováváme poslušnost (stupeň) v užití prostředků, lze použít: postranice, popruhy, opatření pomocí fyzických úchopů, za přítomnosti dostatečného množství personálu, aplikace léků podle podmínek uvedených v zákoně a to jen k rychlému uklidnění.

- V souvislosti s užitím prostředků, které mohou uživatelům sociálních služeb omezit volný pohyb, je vždy nutné vyhodnotit, zda je daný nástroj užíván jako prostředek omezující pohyb, či zda je nástrojem ochrany uživatele.

Postup při získání informovaného souhlasu

Schopnost, zda je uživatel schopen dát informovaný souhlas, posuzuje tým. Vyžádáme si ho zároveň při vypracování plánu užitých opatření. Rozhodnutí o schopnosti dát souhlas by mělo být učiněno po zvážení, zda uživatel služeb:

- rozumí povaze a důvodu navržených opatření
- rozumí očekávaným přínosům i rizikům navržených opatření
- rozumí důsledkům situace, kdy nebude souhlasit s užitím opatření omezující pohyb
- je schopen se rozumě rozhodnout

Pokud dává klient souhlas s užitím prostředků omezujících pohyb na svoji ochranu, sepíše s ním klíčový pracovník dohodu o užití prostředků omezujících pohyb, která je součástí individuálního plánu.

Pracovní postup předcházení užití prostředků omezujících pohyb osob

Kompetence: sestra:

- získá informace k vyhodnocení rizika užití prostředků omezujících pohyb ze: sociálního šetření, lékařské zprávy, rozhovoru s klientem, informací od rodiny, pozorování během prvního týdne a z adaptační doby
- vyhodnotí riziko užití prostředku omezujícího pohyb osob podle dotazníku
- na schůzce pracovního týmu při plánování služby předloží výsledek z dotazníku

Kompetence: sestra a pracovní tým:

- vycházejí z potřeb uživatele, zachovávají individuální přístup
- zvýší množství pohybu v rámci individuálního plánování pohybové terapie
- změní denní režim uživatele (vstávání, ukládání na lůžko a jiné)
- nabídnou uživateli aktivizační programy
- nabídnou možnost užití prostředků omezujících pohyb v situacích, kdy uživatel potřebuje zajistit bezpečí, získají informovaný souhlas uživatele o užití prostředku omezujícím pohyb a uzavřou písemnou dohodu o užití prostředku omezujícím pohyb
- výsledek preventivních opatření zaznamená klíčový pracovník do individuálního plánu

Pracovní postup pro užití prostředků, které se neposuzují jako prostředky omezující pohyb osob:

U uživatele, který z důvodu motorického hendikepu není schopen chodit, lézt, plazit se, ale zároveň se může převalit na bok a díky tomu spadnout z postele, je použití postranice plně oprávněné a považuje se za ochranu. Nemusí být informovaný souhlas uživatele. U tohoto klienta může být postranice používána 24 hodin.

U uživatelů, kteří mají lehčí tělesný hendikep a máme jen obavu, že by mohli v noci omylem spadnout, použijeme postranici tak, aby ji uživatel otevřel. Nebo postranici použijeme jen do dvou třetin. Je nutné získat informovaný souhlas, který je v dohodě o používání prostředků omezujících pohyb.

Při individuálním použití k nastavení nočního klidu z důvodu bezpečnosti uživatele jako ochranu před pádem z lůžka nebo invalidního vozíku, použijeme postranici tak, aby ji uživatel otevřel, nebo ji použijeme jen do dvou třetin.

Na invalidním vozíku použijeme ochranné pásy, které dodává výrobce. Je nutné získat informovaný souhlas. Tato situace se posuzuje jako ochrana.

Postup pracovníka a pracovního týmu při rozhodování o užití opatření omezujících pohyb osob při nouzové situaci:

- vyhodnotí danou situaci, ve které dochází k chování, které ohrožuje život nebo zdraví uživatele nebo jiné osoby
- zklidní situaci
- zavede klienta mimo další osoby, je-li to možné
- zajistí si přítomnost druhé osoby
- při jednání zaujme vyrovnaný postoj, udržuje oční kontakt
- zmenší prostor klientovi, posadí ho
- když na to nemá, požádá někoho jiného
- zpevní hlas, mluví jasně, klidně, pevně
- „profesionální kabát“, nebere si nadávky osobně
- aktivně naslouchá
- dle dohody (pokud ji máme) použije prostředky omezující pohyb osob:

postranice, popruhy, které jsou součástí vybavení invalidního vozíku

fyzické úchopy, které jsou přiměřené věku, výšce, váze a pohlaví uživatele.

Využijeme minimální nasazení síly, která je potřebná a omezíme zásah na co nejkratší dobu s cílem dosáhnout maximální bezpečnosti pro všechny zúčastněné. Může provádět jen odborně vyškolený personál v těchto situacích:

-zabránění člověku v chůzi za použití ruky, držení

-zabránění člověku, který se rozhodl opustit určitý prostor, držením, zalehnutím, znehybněním

-uzamčení v objektu, krátkodobé držení v jedné místnosti, uzamykání skříní, stolků, lednic

medikace jako omezující prostředek:

-sestra kontaktuje lékaře na základě jeho ordinace, podá lék i bez souhlasu uživatele

-udržuje volný průvod vzduchu do plic

-uloží uživatele do správné polohy, sleduje tep, krevní tlak a dýchání

-sleduje uživatele s ohledem na vedlejší účinky a hlásí lékaři. Po celou dobu podávání uklidňujících látek by měl být uživatel schopen reagovat na mluvené slovo.

-informuje celý ošetrovatelský tým, rodinné příslušníky o změně medikace a o možných nežádoucích účincích

-vypracuje soupis užitých opatření

-informuje uživatele o použití prostředku omezujícím pohyb a získá informovaný souhlas, jakmile je to možné

-vede ošetrovatelský záznam o změně medikace a dohlíží na možnou úpravu po zklidnění klienta

-vede záznam o užití opatření omezujících pohyb osob

-zjistí příčiny rizikového chování

-upraví podmínky, které mohou být spouštěčem problémového chování

Přílohy:

- 1) Riziko užití prostředku k omezení pohybu klienta (analýza a zhodnocení rizika)
- 2) Dohoda o použití prostředku k omezení pohybu klienta
- 3) Formulář užití opatření omezujících pohyb osob

Příloha č. 7: Prezentace Domova důchodců Jablonecké Paseky (viz text – s. 46)